R. BIBL. NAZ.
Vitt. Emanuele III
Racc.
Paladino
B
185
NAPOLI

Digitized by Google

LEÇONS CLINIQUES

SUR LES

PRINCIPES ET LA PRATIQUE

DE

LA MÉDECINE

PAR

JOHN HUGHES BENNETT, M. D.

PROFESSEUR DE PHYSIOLOGIE, D'HISTOLOGIE ET DE CLINIQUE MÉDICALE

A L'UNIVERSITÉ D'ÉDIMBOURG

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ ROYALE D'ÉDIMBOURG, ETC., ETC.

ÉDITION FRANÇAISE

REVUE ET CONSIDÉRABLEMENT AUGMENTÉE PAR L'AUTEUR

Traduite sur la 3e édition anglaise et annotée par le

Dr P. LEBRUN,

MEMBRE DE L'INSTITUT OPHTHALMIQUE DE BRABANT

MEMBRE DU COLLÉGE ROYAL DES CHIRURGIENS D'ANGLETERRE

Avec cinq cent quatre-vingt-sept figures intercalées dans le texte.

TOME SECOND

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Place de l'École-de-Médecine, 17

M DCC LXXVI

LEÇONS CLINIQUES

SUR LES PRINCIPES ET LA PRATIQUE

DE LA MÉDECINE

II.

Digitized by Google

Tous droits réservés.

Gand imprimerie de L.-S Van Doorselaere

Digitized by Google

Racc. Paladino B. 105

LEÇONS CLINIQUES

SUR LES

PRINCIPES ET LA PRATIQUE

DE

LA MÉDECINE

PAR

JOHN HUGHES BENNETT, M. D.

PROFESSEUR DE PHYSIOLOGIE, D'HISTOLOGIE ET DE CLINIQUE MÉDICALE
A L'UNIVERSITÉ D'ÉDIMBOURG
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ ROYALE D'ÉDIMBOURG, ETC., ETC.

ÉDITION FRANÇAISE
REVUE ET CONSIDÉRABLEMENT AUGMENTÉE PAR L'AUTEUR
Traduite sur la 5e édition anglaise et annotée par le

Dr P. LEBRUN,

MÉDECIN DE L'INSTITUT OPHTHALMIQUE DE BRABANT
MEMBRE DU COLLÉGE ROYAL DES CHIRURGIENS D'ANGLETERRE

Avec cinq cent quatre-vingt-sept figures intercalées dans le texte

TOME SECOND

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
Place de l'École de Médecine, 17

M DCCC LXXIII

Digitized by Google

Digitized by Google

LEÇONS CLINIQUES

DE MÉDECINE

SECTION V.

MALADIES DU SYSTÈME DIGESTIF.

Nous rangerons sous ce chef tous les dérangements qui ont pour siège les organes servant à la digestion primaire ; partant, nous y comprenons les affections, non seulement des diverses portions du canal alimentaire proprement dit, mais aussi celles du foie, du pancréas et du péritoine. Quant aux altérations de la rate, l'étude en sera renvoyée à la section des maladies du sang, attendu que cette glande, de même que les glandes mésentériques et les autres glandes sans conduit, est, selon toute vraisemblance, préposée à la formation du sang et, comme ces dernières, est le plus souvent malade lorsque ce liquide est altéré.

MALADIES DE LA BOUCHE DU PHARYNX ET DE L'OESOPHAGE.

Obs. LVI. (1). — *Amygdalite.*

Commémoratif. Christina Slater, agée de 22 ans, fille d'une solide constitution, est entrée le 6 mai 1837. Il y a trois semaines, s'étant exposée au froid, à l'occasion de la lessive, elle ressentit des frissons, du mal de tête, de la soif et en même temps, un sentiment de sécheresse et de gonflement à la gorge, principalement du côté droit. Elle n'avalait qu'avec difficulté les solides et les liquides, ces derniers même revenaient parfois par le nez. Ces symptômes ont été s'aggravant jusque dans la soirée qui a précédé son admission. Elle sentit alors quelque chose

(1) Recueillie par M. W. Guy, élève du service.

qui se crevait dans son gosier et elle cracha un peu de matière, puis éprouva un soulagement général.

Symptômes a l'entrée. — Le pouls bat avec une force et une fréquence modérées. Il n'existe point d'hypertrophie du cœur, ni de bruits anormaux. La respiration est facile, nullement précipitée. La voix est moelleuse et naturelle, mais l'articulation des mots est indistincte et sifflante. Les machoires sont tellement embarrassées qu'on ne peut guère les écarter au delà d'un demi centimètre. Il est donc impossible de se rendre compte de l'état des amygdales, ni par le toucher ni par la vue, mais elles sont douloureuses à la pression et il y a un gonflement considérable dans les régions sous-parotidienne et sous-maxillaire du côté droit. La langue, au moins ce qu'on en découvre, est recouverte au centre d'un enduit blanc crémeux, tandis que les bords sont d'un rouge vif. A présent, la déglutition des liquides se fait sans difficulté; l'appétit revient et les selles sont régulières. Les urines ne sont pas albumineuses, mais contiennent un léger excès de phosphates, ainsi qu'un sédiment muqueux. Les autres fonctions sont normales.

Marche de la maladie. — On applique des cataplasmes de temps en temps. — 11 *mai*. La malade sait ouvrir la bouche largement; on voit les deux amygdales considérablement augmentées de volume ; celle du côté droit, notamment, atteint le volume d'une noix. A sa partie antérieure, elle présente deux ou trois ulcères à bords épais et jaunâtres, de la grandeur de la moitié d'un pois. On cautérise ces ulcères au nitrate d'argent et on prescrit un gargarisme astringent. — Le 21 *mai*, l'amygdale droite conservant toujours un volume considérable, on y fait quelques scarifications ce qui procure un soulagement marqué; quelques applications locales de teinture d'iode faites un peu plus tard, produisent à leur tour une légère diminution de volume. Cependant, cette diminution ne se faisant que très lentement, la patiente, d'ailleurs en bonne santé, est envoyée dans le service de M. Syme qui lui excise la moitié de cette glande. — 10 *juin*. Elle sort guérie.

Commentaire. — L'hypertrophie des amygdales est chose si commune chez les jeunes enfants, qu'il n'est presque pas nécessaire de s'en préoccuper, à moins que l'on ait quelque raison de soupçonner la présence d'une affection croupale, auquel cas il est bien indispensable de les examiner. J'ai vu bien souvent l'isthme du gosier pour ainsi dire obturé par des amygdales qui s'étaient gonflées, donner lieu à une respiration rappelant celle du croup ; de là, grandes alarmes. Tout ce qu'il y a de mieux à faire quand cet état persiste, c'est de badigeonner ces glandes avec de la teinture d'iode et, si le mal est trop rebelle, d'y faire quelques incisions. Dans l'observation qui vient d'être rapportée, on trouve les trois lésions susceptibles d'affecter les amygdales enflammées, savoir : l'abcès, l'ulcération et l'hypertrophie. L'abcès s'est ouvert de lui-même, mais les deux autres lésions ont été traitées avec succès par le nitrate d'argent solide ; finalement on en est venu à exciser la moitié de la grande.

Obs. LVII (1). *Pharyngite folliculaire.*

Commemoratif. — Peter M'Donald, âgé de 42 ans, forgeron, entré le 1 décembre 1856, s'était toujours bien porté, lorsqu'il y a quatre mois, il fut attaqué d'un violent mal de gorge avec difficulté d'avaler et plus tard surdité de l'oreille gauche. Le mal en vint au point que, ne pouvant avaler assez d'aliments, il perdit

(1) Recueillie par M. Alexander Tornbull, élève du service.

ses forces et fut obligé d'abandonner son travail au bout de quinze jours. Il attribue son mal aux changements brusques de température auxquels il était exposé. Cependant, la dysphagie ne s'est guère prolongée, mais il est resté de la faiblesse, un sentiment de sécheresse dans la gorge, avec des envies fréquentes d'avaler la salive et grande difficulté à le faire.

Symptômes a l'entrée. — La voix est rauque. Après avoir ouvert la bouche avec une spatule, on voit une multitude de petits corpuscules rouges, de forme à peu près sphériques et du volume de grosses têtes d'épingles. On en découvre partout sur la muqueuse du palais, de l'isthme et du pharynx. La muqueuse de ces deux dernières régions est d'un rouge vif. Il n'y a pas d'ulcération, ni de toux, ni d'expectoration. En un mot toutes les autres fonctions sont normales.

Marche de la maladie. — Grâce à un traitement local consistant dans des cautérisations faites à l'aide d'une éponge, imbibée d'une solution de nitrate d'argent (1 gram. de nitrate sur 15 d'eau distillée), le sentiment de sécheresse et la difficulté d'avaler la salive s'amendent rapidement. Sous l'influence d'un bon régime, les forces se rétablissent et le malade est renvoyé le 29 décembre.

Commentaire. — La pharyngite se reconnaît ordinairement à une vive rougeur, à de l'épaississement de la membrane muqueuse et, dans certaines formes spécifiques, à de l'ulcération. C'est surtout au Dr Horace Green, de New-York, que revient le mérite d'avoir fait connaître la pharyngite folliculeuse et son importance par rapport aux maladies du larynx. Il n'est pas douteux que bon nombre de toux chroniques désignées sous les noms de bronchite, de laryngite chronique, dépendent de cette lésion, et, pour autant qu'on puisse espérer de les guérir ou de les améliorer, ce ne peut être qu'à l'aide d'une médication locale appropriée. Pour cette dernière néanmoins, je dois renvoyer à l'article qui traite de la laryngite.

Obs. LVIII (1). — *Rétrécissement de l'œsophage produit par un épithélioma.*

Commémoratif. — William Porter, âgé de 68 ans, fondeur en cuivre, est entré le 28 mai 1855. Il y a deux ans, une voiture lui a passé sur le ventre, à travers la région épigastique. Pendant les quelques jours qui suivirent l'accident, il rendit une quantité considérable de sang; en même temps il éprouvait de la douleur dans le dos. Cependant, tout se passa bien et la santé lui revint comme auparavant. Il y a quatre mois, il a éprouvé pour la première fois un sentiment d'obstruction au passage des aliments, à la partie inférieure de l'œsophage. Cette dysphagie a été s'aggravant et finalement s'est accompagnée de douleurs. Il n'a jamais eu de toux ni d'hémoptysie.

Symptômes a l'entrée. — La peau est sèche, le malade est fortement émacié; pouls à 68 faible et irrégulier, langue recouverte d'un enduit blanc. L'isthme du gosier ne présente rien d'anormal. L'alimentation consiste en pain ou biscuit trempé dans du thé, du lait ou de l'eau. Le malade n'ose pas avaler d'aliment plus consistant. Si on lui en fait avaler un peu, il le rend au bout de deux ou de trois minutes. Il pense que rien n'entre alors dans l'estomac et, quand on lui demande où il sent le point d'arrêt, il indique le sternum au niveau du cinquième cartilage costal. C'est aussi à la hauteur de ce point qu'il sent du mal, quand le bol alimentaire passe. Il y a trois semaines, cette douleur s'est fait sentir sans interruption pendant quinze jours, même quand rien n'était avalé. Le peu qui passe est retenu dans

(1) Recueillie par M. G. M. Reid, Elève de service.

l'estomac et n'y cause guère de malaise. On ne sent pas de tumeur à l'épigastre. Le foie a ses dimensions normales. Les parois abdominales sont très-irritables et se raidissent de suite. Les selles sont rares ; elles ne contiennent jamais de sang. Les autres fonctions s'accomplissent normalement. *Donner au malade des aliments substantiels, mais en petites quantités souvent répétées et sous forme liquide.*

Marche de la maladie. — 4 *mai*. Langue nette ; pouls à 68, plus fort que le jour de l'admission. Les vomissements semblent s'éloigner. — 8 *mai*. Une sonde est passée avec facilité à travers l'œsophage ; il y a moins de malaise, cependant la déglutition continue d'être aussi difficile. — 9 *mai*. Le malade se plaint de faiblesse et demande de la bière, ce qu'on lui accorde. — 10 *mai*. Vers deux heures après midi, en prenant une gorgée de bière, le malade tombe tout à coup à la renverse, la bouche ouverte, le cou raide, les pupilles légèrement contractées, les yeux tournés en haut ; il marmotte des paroles inintelligibles et a perdu entièrement connaissance. La face est pâle, il soupire en respirant, on entend un râle trachéal et on sent un frémissement sur toute la poitrine. Un effort de vomissement, mais sans effet, augmente encore les angoisses du patient, lequel s'affaisse rapidement et expire à trois heures moins dix minutes.

Autopsie. — Vingt quatre heures après la mort.

Poitrine. — La plèvre qui recouvre la partie inférieure du poumon gauche supporte une légère couche de lymphe jaunâtre, molle, de récente formation. Le tissu pulmonaire sous-jacent est ferme et de couleur foncée, granuleux à la coupe, facilement friable, et les parties que l'on en détache ne surnagent plus. A cinq centimètres environ au dessus de l'extrémité cardiaque de l'œsophage, on tombe sur un ulcère épithélial qui entoure presque entièrement ce conduit. En ouvrant ce dernier, on voit que cet ulcère est circulaire et a près de quatre centimètres de diamètre ; sa surface s'élève d'environ trois millimètres au dessus du niveau de la membrane muqueuse et présente l'aspect d'une substance pultacée d'un blanc sale ressemblant à du gruau. En raclant un peu cette matière, on trouve que sa base est composée d'une matière comme caillée, laquelle s'écrase facilement quand on la presse entre les doigts. La tunique musculaire sous-jacente est elle même entreprise et considérablement épaissie, au point de produire la constriction du tube, à travers laquelle néanmoins on parvenait encore à passer facilement le doigt. Au dessus de ce rétrécissement, l'œsophage était dilaté sous forme d'une poche atteignant le volume d'une orange.

Tous les autres organes sont sains.

Examen microscopique. — L'ulcère présentait la structure ordinaire des épithélioma. Voir descrip. et fig. t. 1, p. 278.

Obs. LIX (1). — *Ulcération épithéliomateuse de l'œsophage communiquant avec le poumon. — Pneumonie terminée par gangrène.*

Commémoratif. — John Fraser, âgé de 33 ans, ouvrier, est entré le 19 sept. 1853. Il raconte que sa santé avait toujours été excellente, même durant ces cinq ou six dernières années. Jamais il n'avait senti de gêne en avalant ; c'est seulement depuis trois ou quatre semaines qu'il a commencé à éprouver une sensation comme si une grosse bulle d'air partant de l'estomac remontait, en allant à la rencontre de l'aliment dont le passage devenait alors douloureux. C'était un mal rongeant et qui revenait par accès. Depuis onze jours le malade a fait de vains efforts pour avaler : toujours l'aliment revient et, depuis quatre jours il n'a pris que du gruau, ne parvenant plus à faire passer quoi que ce soit de solide.

Symptômes a l'entrée. — La langue est chargée d'un enduit blanc ; la gorge est

(1) Recueillie par MM. G. M. Reid et R. P. Ritchie, élèves du service.

naturelle ; l'appétit ne manque pas, la soif n'est pas grande. Toute l'alimentation consiste dans du gruau ou bien du pain et du biscuit trempés. Les liquides eux-mêmes, lorsqu'il traversent l'œsophage, y causent une vive douleur, environ à un centimètre au dessous de l'extrémité inférieure du cartilage ensiforme. Au bout de quelques minutes ils sont rejetés hors de l'estomac et occasionnent en repassant les mêmes souffrances ; au moins le malade persiste-t-il à accuser cette particularité. Il n'a pas de nausée, il n'a jamais vomi de sang ni de matières noirâtres. L'abdomen est partout rempli de gaz. Le palper ne décèle aucune tumeur. La matité correspondante au foie est normale. Les selles sont rares. Le pouls est à 82, plutôt petit et faible. Rien à noter du côté de la respiration ni des autres fonctions. *Nourrir autant que possible au moyen de liquides substantiels, en petites quantités souvent répétées.*

Marche de la maladie. — Depuis le 22 septembre jusqu'au 2 octobre, le malade a pris trois fois par jour les poudres suivantes : *Pr. sous-nitrate de bismuth*, 4 *gram. Poudre d'opium* 0,13 *centig. M. et div. en* 12 *paquets.* La dysphagie est aussi pénible que jamais et, outre la douleur vis-à-vis du cartilage ensiforme, il est survenu une autre douleur interne très-vive, correspondant aux régions mammaires. — 11 *octobre.* Le malade accuse une souffrance comme si on lui arrachait les chairs depuis les vertèbres dorsales inférieures jusqu'à l'épigastre. On applique alors un *vésicatoire à l'épigastre*, ce qui produit un soulagement momentané. — 16 *oct.* On ordonne 90 *gram. de vin de Xérès pour la journée et des doses de* 1,30 *centig. d'hyposulphite de soude.* — 8 *novembre.* Le mal persiste, ainsi que la dysphagie et le vomissement. On fait *prendre* 3 *fois par jour une goutte de la teinture d'aconit de Fleming.* — 13 *novembre.* Les vomissements, la douleur et l'affaiblissement continuent. On laisse l'aconit auquel on substitue le naphthe médicinal, à doses de dix gouttes, mêlé à de la teinture de cardamome composée. — Le 26 *novembre* on cesse également cette mixture et on *donne de la glace.* — 7 *décembre.* On fait des *injections de consommé, par le rectum, matin et soir.* — 16 *décembre.* Il y a eu des vomissements de masses arrondies, semblables à du sang caillé, et dans lesquelles en reconnaît, au microscope, des globules sanguins. — 3 *décembre.* Le microscope décèle des globules de sang dans les matières rendues. Le pouls est faible et petit, à 120. — 28 *décembre.* Le malade a eu le hoquet durant ces derniers jours. Le pouls est à 100, très-faible et parfois intermittent. La soif qui jusque là n'avait pas été bien vive devient très-pressante. — 5 *janvier.* Il développe à l'hypochondre droit une légère douleur qui s'accroît par la pression. De ce même côté, on entend à la base du poumon et en arrière, de fins râles humides à l'inspiration. L'urine ne se coagule point, mais elle manque de chlorures. — 5 *janvier.* On s'assure que les urines ne contiennent pas de chlorures. On découvre de la matité, une augmentation de la résonnance vocale et de la crépitation à l'inspiration, dans les deux tiers postérieurs du poumon droit. Le pouls est faible, petit, à peine perceptible. On porte la quantité de vin à 140 grammes par jour. — 7 *janvier.* Même état, sauf que les urines sont plus riches en chlorures ; faiblesse extrême. — 8 *janvier.* Nouvelle diminution des chlorures ; pouls imperceptible, peau froide. — Dans la soirée, le malade rend environ 90 grammes de sang rutilant et meurt presque immédiatement après : il était neuf heures.

Autopsie. — Soixante-deux heures après la mort.

Corps très amaigri.

Gorge. — Le larynx, le pharynx et la portion cervicale de l'œsophage sont intacts.

Thorax. — Le cœur est normal. Il existe quelques adhérences dans la plèvre gauche, mais le poumon correspondant est sain. Du côté droit, il s'est produit de solides adhérences, en arrière et sur les parties latérales externes. En voulant enlever le

poumon, on pénètre dans une excroissance fongueuse située sur la colonne vertébrale. Cette excroissance, en communication avec l'œsophage, a envahi une portion du tissu pulmonaire, à droite, près de son point d'origine. Après avoir détaché l'œsophage, on voit une portion d'environ sept à huit centimètres de long, partant d'un peu au dessus de la racine du poumon et descendant jusqu'à deux ou trois centimètres du diaphragme, convertie en une substance fongueuse, de consistance molle comme du fromage frais. Une partie de sa paroi antérieure s'est déchirée en enlevant le poumon droit. Tout l'intérieur du conduit, à l'endroit de la lésion, présente une surface ulcérée, garnie de fongosités, ce qui en rétrécit considérablement l'ouverture. L'extrémité inférieure de l'œsophage ainsi que l'estomac et le pylore sont restés intacts. La cavité de l'estomac contient environ 90 grammes d'un liquide brunâtre semblable à du marc de café.

En examinant le poumon droit, on trouve, à sa partie postérieure et un peu au dessus de son point d'origine, une excavation comme pour contenir une noix. Cette cavité est remplie d'un liquide brunâtre fétide, et le tissu qui l'entoure est ramolli, hépatisé, en voie de se désagréger. Un peu au dessus de cette excavation il en existe plusieurs autres plus petites, ayant les mêmes caractères; le tout est entouré d'une zone de tissu pulmonaire condensé.

Les organes abdominaux n'offrent rien de particulier.

Examen microscopique. — La masse fongueuse présente les caractères ordinaires de l'épithélioma et contient, dans la partie friable interne, de nombreux amas de cellules disposées concentriquement, comme les représente la figure 270.

Commentaire. — Dans les deux observations précédentes, nous trouvons l'épithélioma à des degrés différents. Dans la première, le mal se bornait à une tache d'environ quatre centimètres de diamètre, ayant déterminé une coarction du conduit avec dilatation considérable immédiatement au dessus. L'impossibilité de faire passer des aliments amena bientôt une extrême débilité et finalement la mort. Dans le second cas, l'épithélioma était plus étendu, il comprenait toute la circonférence du conduit œsophagien sur un espace de sept à huit centimètres; il avait envahi toutes les tuniques et même jusqu'à la racine du poumon. Le tissu morbide avait la consistance de fromage mou et même, çà et là, ressemblait à une pulpe diffluente. Une communication s'était manifestement établie entre l'œsophage et le poumon. C'est ce qu'avaient indiqué la pneumonie, avec tout le cortège des signes physiques et des symptômes généraux propres à cette maladie.

Obs. LX. — *Rétrécissement carcinomateux de l'œsophage. — Cancer du foie. — Emphysème et tuberculose pulmonaire. — Pneumonie.*

Commémoratif. — John Currie, âgé de 53 ans, tonnelier, fut admis à l'Infirmerie le 18 février 1857. Jusqu'il y a six mois, cet homme, d'ailleurs robuste et d'une solide constitution, était dans l'habitude de boire énormément. A trois reprises il fut attaqué de rhumatisme aigu général, la dernière fois il y a douze ans, mais sans avoir jamais rien éprouvé du côté du cœur, autant du moins qu'il s'en souvienne. Il y a dix huit ans il eût une inflammation de poitrine. Une hydropisie générale l'amena à l'hôpital il y a neuf mois, mais au bout de trois semaines il était guéri. Il y a environ six mois il éprouva, pour la première fois, de la douleur à l'épigastre après avoir mangé, en même temps il souffrait de pyrosis et d'anorexie. Il patienta trois mois, mais perdit son embonpoint et ses forces. Ce fut alors qu'il

commença à rendre ses aliments; d'abord c'était le soir seulement, mais bientôt ce fut durant et après tous ses repas. A trois ou quatre reprises différentes il a rejeté un peu de sang. Quant aux matières vomies, il dit qu'elles ont toujours eu à peu près le même caractère qu'à présent.

Symptômes a l'entrée. — La langue est nette. Le malade n'éprouve aucune douleur ni aucune difficulté en avalant, si ce n'est au moment où le bol alimentaire atteint un point qu'il indique à l'épigastre, sous l'extrémité inférieure du sternum. Chaque fois qu'il avale une bouchée, il est obligé de s'arrêter jusqu'à ce que ce point soit franchi; ceci fait il ne ressent plus rien. Malheureusement, la plus grande part de ses aliments ne passe point et, jusqu'à ce qu'il y ait eu rejet par des vomissements, il reste en proie à une vive douleur. Les matières rendues consistent en aliments non digérés et en un mucus clair. La déglutition des liquides n'est pas moins pénible que celle des solides. Souvent en mangeant il survient du hoquet ou des renvois, ce qui le soulage beaucoup. Il sent, dit-il, un « travail » continuel dans son estomac. L'épigastre donne au palper une sensation de plénitude et de résistance, mais il n'y a pas de sensibilité anormale et on ne rencontre nulle part de tumeur. La matité hépatique mesure verticalement sous le sein, sept centimètres et demi, et à peu près neuf centimètres transversalement. La rate n'est pas hypertrophiée. En un mot on ne trouve rien d'anormal dans l'abdomen. Il y a un peu de constipation. La matité cardiaque, au niveau du mamelon, est de quatre forts centimètres. On peut apercevoir et sentir distinctement la pointe du cœur battre dans le sixième espace intercostal; on le voit battre aussi dans le cinquième. Ces deux pulsations alternent ou ne sont point exactement synchroniques. A la pointe et sur une surface de deux centimètres et demi au carré, on entend un bruit de souffle court et peu élevé, correspondant au premier bruit du cœur. Quant au second bruit, il n'offre rien d'anormal. A la base, les deux bruits sont faibles, mais ne s'accompagnent d'aucun murmure particulier. Le pouls, est à 76, irrégulier dans son rythme. Le système respiratoire n'offre rien à noter sauf quelques râles ronflants en arrière. Les urines sont fortement colorées; pesanteur spécifique 1027; pas d'albumine.

Marche de la maladie. — Ce malade est entré dans le service de M. Bennett le 1er mai. Jusque là, les symptômes sont restés à peu près les mêmes, malgré un régime des plus scrupuleux, en dépit de l'administration de la morphine, de la teinture de perchlorure de fer, de la créosote, du vin, et malgré l'application d'un vésicatoire. — 12 *mai*. Pas d'amélioration, la douleur à l'épigastre est toujours violente. Le malade est plus faible, très amaigri et sans appétit. — 30 *mai*. Le malade ne prend plus que de l'arrowroot trois fois par jour, du beef-tea, du thé et du pain, ainsi que 120 grammes de vin de Xérès; il lui est impossible d'incorporer autre chose. Depuis son entrée, il est rarement sorti de son lit. — 10 *juin*. Pas de changement dans les symptômes; même régime. — 1 *juillet*. La semaine dernière, le malade a repris un peu de force, il est resté levé plusieurs jours, et ce matin il s'est aventuré un instant jusque sur la pelouse. Il a pris un peu de gelée de pieds de veau. — 19 *juillet*. Le malade est de nouveau plus souffrant; il éprouve maintenant une constriction un peu plus haut dans l'œsophage, tout au bas de la gorge, aussi ne sait-il plus avaler même le peu qu'il prenait jusque là. L'amaigrissement et la faiblesse deviennent extrêmes. — 27 *juillet*. Le malade ne fait que se plaindre de la constriction au bas de la gorge. On lui a donné quatre fois par jour des injections de beef-tea avec du vin de Porto. — 30 *juillet*. Le malade refuse les lavements; il est parvenu à avaler un peu de vin dont il s'est délecté. — 2 *août*. Son état est resté le même, sauf plus de faiblesse; il est presque toujours couché sur le côté gauche, il gémit par intervalles et sa voix conserve relativement assez de force, mais l'articulation est très indistincte. Il n'y a pas de toux ni de dyspnée sensible. Depuis quatre jours, plus rien n'a passé. — 3 *août*. Le malade meurt d'épuisement à 10 heures et demie du soir.

Digitized by Google

Autopsie. Trente neuf heures après la mort.

Le corps est réduit au dernier degré de la maigreur; les parois abdominales, à l'endroit de l'ombilic, sont tellement retractées qu'elles se trouvent en contact avec la colonne vertébrale.

Thorax. — Le péricarde offre partout des adhérences anciennes et solides. La moitié inférieure de chaque valvule aortique est épaissie et presque rigide, mais il n'y a pas d'insuffisance. Le cœur pèse 295 grammes; le ventricule gauche est un peu moins épais que d'habitude. Les deux poumons sont emphysémateux à leur partie antérieure, et partout où ils sont spongieux on sent des nodules indurés de grosseur variable, depuis le volume d'un grain de café jusqu'à celui d'une noisette. A la coupe, ces noyaux présentent les agrégats de tubercules miliaires jaunes, la plupart de consistance caséeuse, mais quelques uns ramollis et formant des collections purulentes ou de petits abcès du volume d'un pois. Dans le poumon gauche, le tiers postérieur du lobe inférieur présente tous les caractères de l'hépatisation rouge et, dans un ou deux endroits, de l'hépatisation grise. Dans le poumon droit, en arrière, il y a également deux ou trois points d'hépatisation rouge, du volume d'une noix.

Organes digestifs. — Le tiers postérieur de la langue présente un aspect tuberculé. A la coupe, on voit que la membrane muqueuse est épaissie, dense, presque cartilagineuse, de couleur grisâtre et laissant suinter sous la pression un suc blanc grisâtre, très ténu. La muqueuse du pharynx est intacte. Dans l'œsophage, à quatre centimètres au dessus de la bifurcation de la trachée, il existe un rétrécissement tel qu'on y pourrait à peine engager l'extrémité du petit doigt. Cependant la membrane muqueuse parait naturelle; le tissu sous-aréolaire seul est un peu épaissi. Plus bas, on sent l'orifice cardiaque excessivement contracté, et c'est tout au plus si l'on y passerait une plume de corbeau. Le rétrécissement continue de la sorte sur une longueur de près de cinq centimètres et se limite strictement à l'œsophage. Le foie et l'estomac sont enlevés en même temps, car il se trouve qu'une large masse de couleur blanche grisâtre, de consistance ferme, s'est projetée de la surface postérieure du foie et a contracté des adhérences solides avec la portion cardiaque de l'estomac, précisément au point où s'implante l'œsophage. D'ailleurs, on remarque encore sur le foie d'autres proéminences d'un blanc grisâtre, arrondies, avec des dépressions centrales et tellement fermes qu'elles crient sous le couteau. Après avoir ouvert le rétrécissement, on voit que la membrane muqueuse n'est nullement ulcérée, mais dans le tissu sous-muqueux se trouve déposée de la matière cancéreuse dure, se continuant sans aucune démarcation avec le produit similaire que nous avons vu se projeter du foie. L'estomac est rétracté, mais ne présente aucune lésion anatomique.

Abdomen. — Les reins semblent indurés mais en y regardant de plus près on les trouve naturels. La rate pèse seulement 62 grammes, cependant son tissu est normal. Les autres organes sont sains.

Examen microscopique. — Les masses cancéreuses du foie et de l'œsophage contiennent un grand nombre de larges cellules cancéreuses à tous les degrés de développement, le tout au sein d'une trame fibreuse. Les tubercules des poumons présentent l'aspect habituel des tubercules miliaires, dans un état de désintégration plus ou moins avancé et associés à du pus. Les points d'hépatisation rouge et grise présentent, dans les cellules aériennes et dans les plus petits conduits bronchiaux, un exsudat déjà plus ou moins transformé en pus. Les globules les plus avancés se rencontrent dans les bronches, et bon nombre d'entre eux contiennent déjà des granules graisseux et sont en voie de désintégration.

Commentaire. — Cet homme est littéralement mort d'inanition, par suite de l'impossibilité absolue de l'alimenter. La masse cancéreuse s'est

d'abord formée dans le foie, puis a entouré et comprimé l'œsophage et l'orifice cardiaque de l'estomac, au point de réduire le calibre de ce tube à celui d'une plume de corbeau; en outre ce rétrécissement s'étendait en ligne courbe sur une longueur de près de cinq centimètres. Un second rétrécissement mais moins avancé était en voie de se former plus haut sur l'œsophage. On n'est point surpris, qu'à la fin, rien ne pût franchir ces obstacles; l'absence de contractibilité de l'œsophage malade à la partie supérieure faisait que même les liquides ne pouvaient plus être suffisamment propulsés, pour franchir le rétrécissement inférieur. Ce qui me semble le plus remarquable dans cette observation, c'est la coexistence, chez le même individu, d'un cancer récent, de tubercules et de pneumonie. Est-ce le cancer ou les tubercules qui se sont formés les premiers? C'est ce qu'il serait extrêmement difficile de déterminer. Dans tous les cas, les groupes nodulés de tubercules miliaires de ces poumons étaient parfaitement semblables, à ceux qu'on observe chez les phthisiques. Il est bien vrai que nous ne retrouvons point ici cette accumulation toute spéciale au sommet des poumons; il n'y avait pas de toux et le malade n'a jamais accusé dans nos salles aucun symptôme d'affection pulmonaire. Toutefois, les tubercules étaient suffisamment caractéristiques. La pneumonie doit être survenue dans les derniers jours de la vie, au milieu de l'extrême affaiblissement du sujet. Cependant cette nouvelle affection n'a pas occasionné de symptômes actifs et, bien qu'il y eut un emphysème prononcé à la partie antérieure des deux poumons, nous n'avons pas même constaté de dyspnée. Ajoutons, pour finir, que la coexistence de ces trois formes d'exsudation chez un même individu, si rare qu'elle soit, sans doute, est bien faite pour démontrer l'erreur de toutes les opinions exclusives, professant que ces lésions se produisent uniquement chez des individus d'une diathèse particulière.

On observe parfois une dysphagie temporaire dans des cas d'hystérie ou d'irritation spinale; mais lorsqu'elle est permanente, c'est toujours l'indice d'une affection organique du pharynx ou de l'œsophage. Dans la plupart des cas, elle est due à quelque production cancéreuse, épithélioma-teuse, anévrysmale, ou d'autre nature encore, production qui en attaquant les parties elle-mêmes, provoque une coarction des parois du tube, ou bien les comprimant y détermine une obstruction mécanique. On cite des cas très rares où c'était une espèce de poche ou de dilatation fusiforme qui, étant venue à s'obstruer par des matières alimentaires, constituait l'obstacle à la déglutition. Dans tous ces cas, la guérison dépend nécessairement des moyens dont nous disposons pour enlever la cause de l'obstruction, comme lorsqu'il s'agit de tumeurs externes venant comprimer cet organe; mais si le mal dépend d'une affection du pharynx ou de l'œsophage, le traitement ne peut guère être que palliatif. Il se présente encore des rétrécissement simples qui requièrent l'intervention chirurgicale au moyen de bougies ou de cathéters; mais le plus souvent, ceux que les médecins

ont à traiter, sont le résultat d'un cancer ou d'un épithélioma, comme dans les observations que nous venons de rapporter. Dans ce cas, le traitement peut seulement avoir pour but de soutenir la nutrition au moyen d'aliments non irritants donnés en petite quantité et sous une forme qui en facilite la déglutition. Il est permis d'essayer de divers agents propres à diminuer ou à arrêter les vomissements, mais il ne faut guère en espérer de résultat permanent. Très rarement la nature fait un effort vers la cicatrisation et il en résulte, pour un temps, une diminution des symptômes les plus pénibles. Pourtant nous rappellerons à ce propos l'observation XIII qui en est un exemple remarquable.

TROUBLES FONCTIONNELS DE L'ESTOMAC.

Obs. LXI (1). *Dyspepsie.*

Commémoratif. — James Scott, âgé de 31 ans, entre le 27 septembre 1852. Il raconte qu'il y a environ deux mois, il a éprouvé de violentes douleurs lancinantes, partant comme un trait de l'épaule gauche et se dirigeant vers l'épigastre et l'hypochondre du coté gauche. Depuis bien des années, il s'adonne aux excès de boisson et son appetit a beaucoup souffert dans ces derniers temps.

Symptômes a l'entrée. — La langue est chargée et fendillée en son milieu. Le malade a presque toujours un goût aigre dans la bouche, principalement le matin et après les repas; il a fréquemment des éructations acides, l'appétit mauvais, une soif vive. Environ un quart d'heure après avoir mangé, il éprouve un sentiment de chaleur s'accompagnant de douleur à l'épigastre, d'éructations acides et de flatuosités; ces dernières le tourmentent même la nuit lorsque l'estomac est vide. Ces symptômes persistent d'habitude une heure et demie, puis ils diminuent et ne tardent point à se dissiper entièrement. Mais aussitôt qu'il reprend des aliments tout reparait. Il ne croit pas que la nature des aliments ait une influence quelconque sur cet état. Il éprouve souvent beaucoup de nausées et de l'aversion pour le manger, mais il n'a pas de vomissements. Il accuse un peu de sensibilité à la pression dans un point fixe de l'épigastre; cet endroit est d'ailleurs toujours plus ou moins douloureux : c'est généralement un mal sourd, une sorte de pesanteur; parfois ce sont des pincements aigus avec des élancements jusque dans l'épaule gauche, susceptibles d'être exaspérés par la pression. On ne sent aucune dureté anormale ni tumeur et il n'y a pas de matité à la percussion. Le foie n'est ni douloureux, ni hypertrophié. Les urines sont normales. Le malade est découragé et ne dort pas bien la nuit. Les autres fonctions sont normales. Pr. *Bicarbonate de potasse, 8 grammes. Teinture de Gentiane composée, 28 grammes. Infusé de gentiane composé, 140 grammes. M. Prendre de cette mixture un demi verre à vin trois fois par jour.*

Marche de la maladie. — 31 *décembre*. Le malade se plaint toujours de flatuosités, de distension de l'abdomen, ainsi que d'une douleur violente à l'épigastre, laquelle augmente par la pression. *Mettre quatre sangsues à l'épigastre et faire ensuite des fomentations chaudes.* — 3 *janvier*. L'appetit est meilleur; il y a encore des éructations acides et un goût sûr dans la bouche. La douleur à l'épigastre a diminué à la suite de l'application des sangsues et des fomentations chaudes. Le malade est désespéré au sujet de son mal qu'il exagère du reste beaucoup. — 10 *janvier*. Le goût sûr et les flatuosités sont diminués ainsi que la

(1) Recueillie par M. James D. Maclaren, élève du service.

douleur et le malaise à l'estomac. Il ne reste plus de sensibilité à la pression. L'appétit a beaucoup gagné. Il n'y a plus de nausées, les selles sont régulières et naturelles. Le malade va reprendre ses occupations. En somme on a eu recours à un régime doux non stimulant mais substantiel.

Commentaire. — Le dérangement de la digestion était ici le produit d'habitudes d'intempérance et s'accompagnait d'un excès d'acidité dans l'estomac. Le traitement a eu pour but de combattre cette disposition ; nous avons employé les alcalis, les amers végétaux, un régime régulier ce qui nous a assez bien réussi. N'oublions pas non plus que tous les cas de cette nature réclament de l'exercice, des habitudes régulières et un contrôle moral, faute de quoi le traitement médical court grand risque d'être infructueux.

Obs. LXII (1). — *Dyspepsie. — Oxalurie.*

Commémoratif. — John Millar, âgé de 28 ans, fondeur en caractères, entré le 26 décembre 1852, a toujours joui d'une bonne santé, à part quelques palpitations de cœur. Il y a huit mois, étant à l'ouvrage, il fut pris tout à coup d'un vertige qui cessa néanmoins au bout de quelques minutes. Depuis lors il a souvent été repris de ces sortes d'attaques et dernièrement, elles se sont accompagnées de douleur, de palpitations et de tintements d'oreilles. Il y a quelques années, le sujet s'adonnait beaucoup à la boisson, mais depuis quatre ans il s'est beaucoup amendé.

Symptômes a l'entrée. — Le cœur ne présente rien d'anormal et le pouls est régulier. La langue est sèche au milieu, humide et blanche sur ses bords ; elle est sillonnée de nombreuses crevasses transversales. Le malade a un goût désagréable dans la bouche, en se levant ; il n'a pas d'appétit, n'a jamais vomi ni éprouvé de douleur à l'estomac ; il est constipé. Ses traits ont une expression égarée et anxieuse, et il est évidemment disposé à exagérer les symptômes qu'il ressent. Il se plaint de vertiges, de tintements d'oreille et de mouches volantes. Les urines après avoir reposé quelque temps, présentent un léger dépôt dans lequel on reconnaît, au microscope, de nombreux cristaux d'oxalate de chaux ; pesanteur spécifique 1028 ; rien à noter quant au reste. Les autres fonctions de l'économie s'accomplissent régulièrement. *Pr. Acide nitrique, acide chlorhydrique, de chaque 6 grammes; Teinture de gentiane composée, 28 grammes; Infusé de gentiane composé, 140 grammes. M. Une cuillerée à soupe trois fois par jour.*

Marche de la maladie. — 8 *janvier.* Les oxalates ont disparu ; l'appétit est meilleur ; les symptômes du côté du cœur et du cerveau ont disparu et le malade sort guéri.

Commentaire. — Le Dr Golding Bird a le premier signalé l'association fréquente de l'oxalurie et de la dyspepsie, ainsi que les excellents effets de l'acide nitro-muriatique contre cette affection. L'acide oxalique dérive ici probablement, de l'urée ou de l'acide urique ; au moins sa présence dans les urines coïncide ou alterne-t-elle souvent avec celle de ces composés. Sans doute, le traitement tonique employé dans le cas présent est ce qu'il y a de mieux à faire. Mais ici encore une fois, un régime réglé joint à de l'exercice et à l'occupation mentale, sont nécessaires pour obtenir un effet durable.

(1) Recueillie par M. James D. Maclaren, élève du service.

Obs. LXIII (1). — *Dyspepsie. — Hypochondrie. — Oxalurie.*

Commémoratif. — Thomas Pollock, âgé de 24 ans, colporteur, est entré le 24 décembre 1852. Il raconte qu'il y a trois ans et demi, ayant été obligé, par une nuit obscure, de s'écarter dans un champ afin de satisfaire certain besoin, il sentit au moment où il s'accroupissait, un corps dur, aigu, comme serait un petit tronçon de broussaille, pénétrer dans l'anus, lui causant une douleur aiguë laquelle dura quinze jours. Cette douleur s'est fait sentir encore plusieurs fois depuis lors. Cependant, le malade n'a pas perdu de sang et a consulté plusieurs praticiens, lesquels ont essayé divers traitements. Il n'a jamais eu de diarrhée, mais il se livre à la masturbation. Il n'a pas manqué de consulter les nombreux ouvrages qui traitent de la virilité, etc., et dont les annonces s'étalent tous les jours impudemment dans nos journaux. On sait les résultats les plus nets de ces lectures immorales.

Symptômes a l'entrée. — La langue est humide mais chargée, fendillée en son milieu. Le malade dit qu'il éprouve un sentiment de pesanteur après les repas, quelquefois même des nausées. Cependant il ne vomit jamais, mais il a un goût acide, parfois désagréable, dans la bouche. Il a fréquemment des flatuosités et de la constipation, pour lesquelles il est dans l'habitude de prendre des laxatifs. Quand on appuie la main sur son épigastre, il éprouve au dessous du cartillage xyphoïde, de la douleur qui augmente par la pression. Il est sujet de temps en temps à des pollutions nocturnes. L'urine contient un léger sédiment dans lequel, au bout de quelques heures, on trouve une foule de cristaux grands et petits d'oxalate de chaux. C'est du reste la seule chose anormale que l'on découvre dans ce liquide; sa densité est de 1020. Le malade a des insomnies, est inquiet et désespéré au sujet de son mal, qu'il attribue à l'accident dont il a été fait mention plus haut, quoiqu'il n'y ait eu ni troubles locaux immédiats, ni aucun changement structural depuis lors. Il dit avoir fréquemment des vertiges, des tintements d'oreilles, des mouches volantes et de la céphalalgie. Rien à noter concernant les autres fonctions Pr. *Acide nitrique, acide hydrochlorique, de chaque 4 grammes; teinture de gentiane composée 28 grammes; infusé de gentiane composé 140 grammes. — Une cuillerée à bouche trois fois par jour.*

Marche de la maladie. — *3 janvier.* Le malade a pris la mixture acide depuis son entrée, mais il prétend n'être pas mieux. Dès hier, les oxalates avaient disparu et se trouvaient remplacés par un dépôt abondant d'urates amorphes. — Cesser l'usage de la mixture. Pr. *Liqueur de potasse 8 grammes; teinture de Cardamome composée 28 grammes; infusé de quassia 200 grammes. En prendre deux cuillerées matin et soir.* — *4 janvier.* Comme le malade continue à se plaindre d'une douleur dans la région sacrée, mal qu'il attribue à son accident, on y fait *appliquer un vésicatoire de huit centimètres sur dix.* — *10 janvier.* Après le vésicatoire, la douleur au sacrum a disparu. Le malade se dit beaucoup mieux et demande à sortir de l'hôpital.

Commentaire. — Chez ce malade, la présence d'oxalates dans les urines coïncide avec la même série de symptômes que dans l'observation qui précède; seulement, la tendance du sujet à exagérer son mal était beaucoup plus marquée. Il croyait fermement, en outre, que son mal était la suite d'un accident, lequel peut-être, ne s'est jamais produit que dans son imagination et même, en le supposant réel, n'eût point donné lieu à de tels symptômes. La mixture acide et tonique fit disparaître les oxalates des

(1) Recueillie par M. William Calder, élève du service.

urines, mais seulement pour céder la place à des urates : ceux-ci à leur tour ne résistèrent pas aux alcalins. Cependant le malade conservait son idée fixe au sujet de ce qui avait causé sa maladie, aussi prétendit-il ne point se trouver mieux. On appliqua alors un vésicatoire sur le sacrum, ce qui le décida sans doute à vouloir bien oublier son mal. Aussi, dès ce moment, grâce à la préoccupation causée par le vésicatoire, il redevint gai et dispos.

Aucun exemple ne saurait mieux démontrer les effets de la dépression morale sur les organes dégestifs. Durant un laps de trois années, cet homme est sujet à une illusion et à des irritations génitales, renforcées par l'étude de ces publications, lesquelles à la honte de la presse, sont annoncées quotidiennement au public comme indiquant les secrets de rendre la vigueur aux gens affaiblis. En fin de compte, convaincu de l'inanité de ces lectures, il est venu à l'Infirmerie; on lui démontra avec douceur l'erreur de ses pratiques; un régime nutritif, des habitudes régulières et un traitement tonique eurent évidemment les meilleurs effets, et son hypochondrie céda heureusement à ce simple expédient de substituer une douleur réelle à un mal imaginaire et de lui faire croire que l'une avait guéri l'autre.

Pathologie générale et traitement de la dyspepsie.

Par dyspepsie (de δυσπέπτω, je digère avec difficulté) on entend généralement tous les désordres fonctionnels de l'estomac, primitifs dans leur origine, c'est-à-dire, n'étant ni sous la dépendance, ni symptomatiques d'une inflammation ou d'une autre affection de l'économie. Ces sortes de dérangements sont excessivement communs et font souvent le désespoir du médecin, leur cause, s'il parvient à la connaître, étant fréquemment obscure, ou bien au delà de son pouvoir. C'est ce que l'on comprendra facilement, si l'on veut réfléchir à toutes les conditions qui doivent se trouver réunies pour une bonne digestion. — 1° Quantité et qualité d'aliments qui conviennent à l'estomac; 2° Mastication suffisante et insalivation; 3° Contractilité active de la tunique musculaire de l'estomac; 4° Rapports de quantité et de qualité des liquides gastrique, biliaire et pancréatique; 6° Action subséquente et harmonique du canal intestinal. La dyspepsie ou l'indigestion peuvent être le résultat de n'importe quelle cause venant déranger une ou plusieurs de ces conditions; voilà pourquoi tant de circonstances diverses sont susceptibles de produire des résultats en quelque sorte similaires : c'est aussi pour cela que tant de remèdes différents ont pu réussir dans ces cas si variés. Encore que vous soyez destinés à vous trouver fréquemment vis-à-vis de cas de nature à défier toute règle préconçue, il n'est pas douteux qu'une attention scrupuleuse aux conditions physiologiques énumérées plus haut, ne vous conduise dans l'immense majorité des cas, à instituer un traitement rationel et efficace.

1. De toutes les causes de dyspepsie, les plus communes sont les excès au boire et au manger. Un estomac distendu outre mesure, une alimentation trop riche, déterminent trop souvent un sentiment de pesanteur ou de plénitude à l'épigastre, des nausées et l'éructation de matières acides, bilieuses ou gazeuses; en même temps la langue se charge et il survient de la céphalalgie et d'autres symptômes généraux : c'est la dyspepsie aiguë ou l'*embarras gastrique* des français. Parfois, il y a vomissement de matières bilieuses, ce qui a fait donner à l'indisposition le nom d'embarras gastrique bilieux (bilious seizure). Lorsque vous serez appelés auprès d'un de ces malades, si le mal est récent et si les ingesta n'ont pas encore franchi l'estomac, ce dont vous vous assurerez par la percussion et même d'après le sentiment de pesanteur ressenti à l'épigastre, vous donnerez un émétique ou, si le vomissement ne demandait qu'à se produire, vous y aiderez en faisant prendre des boissons diluentes chaudes. Dès que l'estomac est rassis, ou bien si vous avez été appelé à une période avancée, lorsque les aliments sont déjà passés dans les intestins, vous administrerez un purgatif composé de 0,25 centigrammes de calomel, avec autant d'extrait de coloquinte composé, que vous ferez suivre, au bout de peu d'heures, d'une dose d'un sel neutre dans 30 grammes d'infusion de sené. Au besoin même on pourrait faire donner un lavement. Cette purgation, jointe à un jour ou deux de repos et de diète végétale, suffira généralement pour débarrasser votre malade. Cependant, n'oubliez pas que la répétition fréquente de semblables indispositions mène à la forme chronique de la dyspepsie et qu'ici, c'est un régime soigneusement réglé et de l'exercice qui constituent le traitement principal. De là les avantages d'un changement d'air, comme l'on dit communément. C'est ce qui explique sans doute aussi la plupart des bons effets qui résultent du séjour dans les villes d'eaux. Il est à remarquer que la dyspepsie chronique est bien plus souvent la suite de l'abus des boissons spiritueuses et vineuses que des excès dans le manger. Il va de soi que dans ces cas, l'abandon de la mauvaise habitude est une condition *sine qua non* du traitement. Les buveurs de thé sont fort sujets à cette indisposition; c'est ce qui explique probablement sa fréquence chez les servantes qui font souvent un usage excessif de cette boisson.

2. Vous aurez souvent l'occasion d'observer que les personnes dans l'habitude de manger vite sont généralement plus ou moins dyspeptiques. J'ai connu un ouvrier typographe qui était très tourmenté de dyspepsies et qui se guérit rien qu'en changeant de résidence. La raison de cette cure resta quelque temps un mystère, mais ayant changé de nouveau de demeure, la maladie revint, et dans les deux cas sans cause apparente. A la fin, j'acquis la conviction que le mal ne tenait point à la localité elle-même où habitait cet homme, mais était bien en rapport avec la distance à parcourir pour se rendre à l'imprimerie. Lorsqu'il était éloigné de celle-ci, il se hâtait de prendre son dîner avec sa famille, ayant tout juste

le temps d'aller chez lui et de revenir, durant l'heure qu'il avait de libre. Lorsqu'il habitait plus près, le temps employé auparavant à marcher, il le consacrait à manger à son aise et à se distraire en causant avec sa femme et avec ses enfants. Depuis que j'ai fait cette observation, j'ai souvent pensé que la grande distance entre la demeure d'artisans et le lieu où ils sont employés, pourrait bien être la cause occasionnelle des symptômes dyspeptiques dont ils souffrent fréquemment. La destination exacte de la salive dans l'acte de la digestion, qu'elle serve à convertir les éléments farineux en glycose, ou tout simplement par sa viscosité, à mêler de l'air avec ce qui est avalé, ce rôle n'a pas encore été bien nettement déterminé; mais la nécessité de cette sécrétion se manifeste dans les cas où la lèvre inférieure est détruite par accident ou par suite de maladie, ou bien encore lorsqu'il s'est formé des fistules salivaires. Dans ces conditions, la dyspepsie est la règle générale, aussi a-t-on pu quelquefois faire disparaître les troubles digestifs à l'aide d'opérations remettant en quelque sorte les parties dans leurs conditions normales en empêchant la salive de s'échapper de la bouche. Observez encore ces personnes qui ont pris la sale habitude de cracher, presque toutes souffrent de dyspepsie. Il va de soi que toutes les fois que le mal tient à une cause de cette nature, la première règle du traitement est de la faire disparaître.

3. Les mouvements de contraction de l'estomac jouent aussi un grand rôle dans l'acte de la digestion; c'est par eux que l'aliment est malaxé, constamment remué et ainsi intimement mélangé au suc gastrique destiné à le transformer en chyme. Les expériences des physiologistes établissent que la digestion à l'aide du suc gastrique se fait bien plus lentement en dehors qu'à l'intérieur de l'estomac, et que la section des pneumogastriques, en arrêtant les mouvements contractiles de cet organe, fait que la partie périphérique ou en contact avec les parois sécrétantes est seule digérée. Ceci nous donne la clef de cette influence si manifeste des émotions mentales, sur l'estomac. Le contentement et l'espérance sont aussi favorables a une bonne digestion que les impressions déplaisantes et qui abattent lui sont opposées. Rien n'est plus commun que de rencontrer de la dyspepsie chez des gens de lettres qui surmènent leurs facultés mentales, chez les jeunes personnes très impressionnables, comme aussi chez les gens d'un tempérament mélancolique et hypochondriaque, etc., etc. Dans ces circonstances, rien ne concourt à la guérison comme une société agréable, des occupations actives et appropriées, le changement de scène, l'éloignement des préoccupations d'affaires ou des occupations littéraires, la distraction et ainsi de suite; ainsi s'expliquent encore la plupart des bons effets des voyages, du séjour dans les villes d'eaux, etc., etc.

4. Nos connaissances en ce qui concerne les usages du suc gastrique, des sécrétions biliaire et pancréatique, dans la digestion, ont fait des progrés notables dans ces dernières années. On sait que le suc gastrique agit spé-

cialement sur les éléments albumineux, tandis que le suc pancréatique opère surtout sur les composés graisseux de l'aliment. Le rôle de la bile est plus obscur; elle sert probablement à précipiter ou à séparer du chyme certains produits excrétoires, et faciliterait ainsi l'assimilation des parties nutritives. La digestion sera troublée par toutes les causes qui augmentent ou diminuent trop notablement la sécrétion de ces trois liquides, L'excès d'acidité de l'estomac est une des causes les plus communes de la dyspepsie qui accompagne les affections scrofuleuses et tuberculeuses. Cet excès d'acidité peut aller jusqu'à neutraliser l'action alcaline du suc pancréatique et ainsi le rendre inapte à émulsionner les matières graisseuses. Dans ce cas, il y a indication d'employer les alcalis conjointement avec les toniques amers et avec l'introduction directe d'huiles animales supplémentaires. Par contre, le suc gastrique est parfois diminué de quantité, comme il arrive fréquemment chez les personnes, qui excèdent les forces de leur estomac en excès de table, ou chez des personnes âgées dont les digestions sont languissantes. Un sentiment de pesanteur après le repas est généralement l'indice d'une digestion lente due à cette cause. Dans les cas aigus, un stimulant excite l'estomac à fonctionner davantage et c'est ainsi que l'usage modéré de liqueurs et de vins généreux après le dîner, peut être quelque fois utile. Chez les personnes âgées, le sentiment de pesanteur et de faiblesse se dissipe très bien à l'aide d'un peu de thé ou, la nuit, en prenant un peu d'eau de vie avec de l'eau. Quand le mal est chronique, les acides et spécialement l'acide chlorhydrique sont indiqués. La teinture de fer composée de la pharmacopée est une préparation utile pour les femmes chlorotiques. On a récemment recommandé le suc gastrique préparé avec l'estomac du veau, et il n'est pas douteux que ce moyen rende de précieux services dans certains cas.

Nous ne possédons, autant que je sache, aucun moyen spécial d'exciter l'action du pancréas; cependant il ne manque pas d'observations où l'on a vu les matières graisseuses traverser le canal alimentaire sans être digérées, à la suite de l'obstruction du conduit pancréatique. Dans ces cas, et toutes les fois que les graisses se digèrent difficilement, il y a indication d'employer les alcalis et spécialement le bicarbonate de soude, administrés en même temps que des toniques végétaux.

Lorsque la bile cesse d'être sécrétée en quantité suffisante, il en résulte ordinairement de la constipation et de la dyspepsie qu'il faut combattre par de légers purgatifs mercuriaux, en donnant l'extrait de taraxacum, la rhubarbe et spécialement les pilules de rhubarbe composées lesquelles, en agissant sur le duodenum, favorisent l'afflux de la bile dans la partie supérieure du canal alimentaire. Le Dr Clay, de Manchester, a recommandé dans ces cas l'emploi de la bile de bœuf, et quoique ce moyen ne soit guère mis en usage, il est évidemment rationnel et propre à rendre des services qui ne sont nullement à dédaigner, grâce à son action purgative. Par contre, un excès de bile doit être traité par des purgatifs drastiques, les diurétiques et les diaphorétiques, selon les circonstances, afin d'évacuer

Digitized by Google

l'excès de ce liquide. On insistera également sur l'exercice, afin de faire fonctionner activement les poumons, lesquels viendront ainsi en aide au foie, dans sa fonction excrétoire des principes hydrocarbonés.

5. Une autre cause fréquente de dyspepsie, c'est le dérangement de l'action consécutive et harmonique du canal alimentaire. S'il est nécessaire que la partie nutritive des aliments soit absorbée, il n'est pas moins indispensable que le résidu impropre à l'assimulation soit rejeté de l'économie. Voilà comment, tout ce qui empêche la contractilité du tube intestinal, tout ce qui altère la structure de sa membrane muqueuse, ou tout ce qui en obstrue mécaniquement le calibre, détermine des symptômes dyspeptiques. Nous n'insisterons pas davantage sur l'opportunité de remédier à ces diverses conditions, en stimulant les centres nerveux à l'aide d'un régime approprié, des purgatifs et des astringents. Je ferai seulement observer que l'usage constant des laxatifs, bien qu'ils puissent soulager momentanément, ne saurait guérir, et que dans tous les cas chroniques, il faut autant que possible arriver à rétablir le fonctionnement régulier des intestins, en régularisant l'hygiène et le régime.

Dans bon nombre de dyspepsies, deux ou plusieurs catégories de ces causes peuvent se combiner de manière à rendre les indications du traitement fort complexes et même en apparence contradictoires. D'autres fois, il existe une ou plusieurs causes, mais leurs indices ne sont point suffisants pour les déterminer. C'est alors, que le traitement doit nécessairement être plus ou moins vague et peu satisfaisant. Enfin on rencontre, rarement il est vrai, des cas où la dyspepsie ne saurait s'expliquer que par une *idiosyncrasie :* ainsi tel ou tel aliment en particulier dérangera les fonctions digestives. L'indication à remplir dans ces cas, c'est tout simplement d'éviter l'usage de ces substances que l'estomac semble tenir en aversion.

Outre les différentes espèces de dyspepsies sur lesquelles j'ai appelé votre attention, il est encore important, dans la pratique, de ne point perdre de vue les symptômes prédominants actuels et les moyens à l'aide desquels on peut y remédier. Ces symptômes sont : l'anorexie, les éructations acides, un sentiment de pesanteur à l'estomac, la cardialgie, des vomissements, des flatuosités, des palpitations de cœur et la céphalalgie. On a bien parlé d'une toux gastrique, cette toux tiendrait probablement à une irritation qui aurait sa source dans l'œsophage et dans le pharynx, mais on ne l'a guère étudiée jusqu'ici. J'ai déjà fait allusion au mode de traitement de la plupart des symptômes qui viennent d'être énumérés. Les palpitations de cœur donnent souvent des alarmes aux jeunes gens dyspeptiques; dans ces cas, outre les remèdes adressés à l'estomac, on enjoindra la distraction, tout ce qui est propre à détourner l'attention de l'organe affecté, des lectures variées, etc. Le sentiment de pesanteur dans l'estomac cède le plus souvent, ainsi que nous l'avons vu, à l'action des acides. Les éructations acides ou aigreurs et la cardialgie se combattent par les alcalis et par les toniques amers. Les vomissements et

les flatuosités sont encore souvent des symptômes très pénibles. On v dans l'observation suivante, les divers moyens propres à combattr vomissements chroniques.

Obs. LXIV (1). — *Dyspepsie. — Vomissement de matières fermentées c nant des sarcines.*

Commémoratif. — Thomas Spence, âgé de 53 ans, tisserand, est entré le 6 tembre 1852. Il y a quatorze ou quinze ans, il était sujet à des vomissen d'habitude le dimanche, ce qu'il attribuait au défaut d'exercice de ce jour là. C est à peine même s'il osait manger, étant presque certain de rendre ce qu'il prendrait. Depuis deux ou trois ans, il a eu fréquemment du pyrosis et des éructations acides, mais il continua sa besogne habituelle jusqu'il y a six mois. Depuis lors, il a perdu peu à peu son appétit et ses forces. Il n'a jamais vomi de sang ni de matières noires et il n'en a jamais remarqué dans les selles.

Symptômes a l'entrée. — La langue est nette, la déglutition facile, l'appétit capricieux mais régulièrement meilleur le matin. Peu de temps après avoir mangé, il commence à éprouver un sentiment de malaise à l'épigastre, des nausées et une sorte de pesanteur à l'estomac. Lorsque ces symptômes commencent, l'abdomen ordinairement se gonfle et, au bout d'une heure ou d'une heure et demie, les aliments sont rejetés. Les matières vomies consistent généralement en aliments à moitié digérés, entourés d'une écume épaisse et sale semblable à de la levure. Le malade a souvent du pyrosis, des éructations acides, des flatuosités; ces dernières sont tellement fortes qu'elles occasionnent une sensation d'étranglement, surtout après avoir vomi. Ces symptômes se prononcent davantage après l'ingestion de certains aliments. Le gruau, spécialement sous forme de potage, y donne lieu au plus haut degré; les bouillons, les légumes et tout ce qui est boisson ne lui va pas. Une alimentation animale est ce qui lui convient le mieux, mais malgré cela, les symptômes reparaissent bientôt. L'abdomen, à présent, est très gonflé et distendu, il y a du tympanisme et une sensibilité fort grande à l'épigastre. Le ventre est généralement resserré; les selles sont d'ordinaire foncées et dures. Les urines, parfois, sont rendues avec un peu de difficulté et même de douleur; elles sont légèrement phosphatiques. Rien à noter du côté des autres fonctions.

Marche de la maladie. — Quand je fus chargé de ce malade, le premier novembre, je le trouvai vomissant de temps en temps de grandes quantités de liquide mêlé à des matières non digérées, à la surface desquelles s'amassait, au bout de quelques instants, une écume épaisse, brunâtre, exactement semblable à de la levure. En examinant cette écume au microscope, elle se trouva pulluler de sarcines de l'estomac (sarcinae ventriculi). (Voir p. 116, fig. 88) mêlées à des corpuscules d'amidon plus ou moins désagrégés et à une matière granulaire. En consultant les registres des salles, je trouve que le traitement a consisté successivement en : 1° Application locale de sangsues; 2° Sulfite de soude à dose de 1 gramme 30 centigr., en mélange avec 0,30 centigrammes de poudre aromatique, trois fois par jour; 3° Protochlorure de mercure à la dose de 0,30 centigrammes le soir; 4° 1 gramme 30 centigrammes de sulfite de soude, toutes les trois heures, dose qui fut portée plus tard à 2 grammes; 5° Mixture créosotée; 6° Mixture de naphthe; 7° Bismuth et poudres aromatiques; 8° Pilules de calomel et d'opium. Aucun de ces divers traitements, dont quelques-uns, entre autres celui au sulfite de soude, furent continués durant plusieurs semaines, ne semble avoir produit le moindre bon effet. — 11 *novembre*. Durant ces quatre derniers jours, le malade a vomi tous les soirs vers

(1) Recueillie par M. William Calder, élève du service.

six heures, c'est à dire environ quatre heures après son dîner. Les matières rendues présentent toujours l'aspect de levure que nous avons signalé, mais les sarcines bien qu'abondantes encore ne sont plus en aussi grand nombre. Le malade se plaint beaucoup d'un sentiment de distension, « d'une sorte de travail ou de bouillonnement » dans son estomac, un peu avant les vomissements. Pr.: *Acide cyanhydrique dilué* 18 *gouttes; sirop d'écorces d'oranges* 30 *grammes; eau* 140 *grammes. M. En prendre* 15 *grammes trois fois par jour.* — 20 *novembre.* L'acide cyanhydrique avait réussi à calmer les vomissements, mais la nuit dernière, ils sont revenus plus forts que jamais. — 24 *novembre.* Les vomissements continuent régulièrement tous les jours. *Abandonner la mixture cyanhydrique.* Pr. : *Liqueur de potasse* 14 *grammes; eau* 155 *grammes. En prendre deux cuillerées toutes les quatre heures.* — 2 *décembre.* La mixture alcaline a arrêté les vomissements mais il en est revenu un peu la nuit dernière. *Appliquer à l'épigastre un vésicatoire de dix centimètres sur douze et demi.* — 8 *Décembre.* Les vomissements ont continué une fois par jour. Pr. : *Teinture de perchlorure de fer,* 30 *grammes. En prendre* 2 *grammes dans de l'eau, trois fois par jour.* — 16 *décembre.* Les vomissements ont de nouveau été suspendus, mais il s'en est encore produit un léger cette nuit vers une heure. Les matières rendues contiennent très peu de cette écume que nous avons vue, mais consistent en un liquide assez semblable à du café tenant en suspension des débris organiques non digérés. Ce liquide a une forte réaction acide et contient seulement quelques sarcines. La dose de teinture acide est réduite à 15 gouttes. Le régime est fortement animalisé, attendu que les soupes et les légumes augmentent invariablement le mal. Le patient est parti aujourd'hui chez des connaissances à la campagne ; il est très-heureux de se trouver beaucoup soulagé.

Commentaire. — L'espèce de vomissement chronique ou de dyspepsie dont-il vient d'être question, est connue depuis longtemps en Ecosse, et Cullen l'a décrite comme une forme de pyrosis. On a pensé que cette affection dépendait de l'usage habituel et immodéré du gruau dans l'alimentation, mais sa véritable cause pathologique était restée inconnue. En 1843, Goodsir découvrit dans les matières vomies par un de ces malades, des productions organiques auxquelles il donna le nom de *Sarcinae*, à cause de leur forme qui rappelle celle des ballots de laine. Il les regarda comme de nature végétale et les vit se multiplier par fissiparité. Ce sont ces productions qui donnent au contenu de l'estomac l'apparence de levure; celle-ci, on le sait, est formée par le développement d'organismes végétaux analogues. L'occurrence de sarcines dans l'estomac explique, cela va de soi, leur présence si commune dans les fèces; toutefois on ignore si elles se développent jamais dans les intestins. Dans deux cas, j'en ai observé dans les urines et elles étaient uniformément plus petites que celles de l'estomac. Virchow en a découvert dans un abcès du poumon et j'en ai rencontré également dans le liquide exprimé d'un poumon œdémateux. L'origine ainsi que le mode de développement de ces organismes sont encore inconnus, mais c'est à leur présence, sans aucun doute, que tiennent ces vomissements chroniques et autres symptômes offerts par les individus qui en sont infestés. Quant à la guérison, on tâchera d'y arriver par tous les moyens propres à détruire le parasite et à empêcher sa reproduction. On comprend néanmoins que les agents capables de détruire ou

d'arrêter les productions végétales à la surface externe du corps (voir Favus) ne sont pas applicables à la membrane muqueuse de l'estomac. Au surplus, nous ignorons si ces parasites se développent au sein d'un exsudat versé à la surface de la membrane muqueuse ou simplement dans un liquide. Il est encore très possible que provenant de l'extérieur, les conditions nécessaires à leur développement dépendent de la nature particulière des substances ingérées, opinion d'autant plus soutenable que, comme nous venons de voir dans ce cas, les sarcines augmentaient invariablement avec l'ingestion d'aliments farineux. Tous ces points, néanmoins, restent bien obscurs, et le traitement jusqu'ici, a eu pour but tout autant de couper les sources de cette production parasitaire que de la détruire, lorsqu'elle est parvenue à un certain degré de développement. Dans ce dernier but on avait imaginé que le sulfite de soude pourrait être utile en se combinant avec le suc gastrique et en dégageant de l'acide sulfureux, agent si actif à détruire les végétations inférieures. On l'a donc administré dans ces cas, souvent même avec succès, mais ici, il s'est montré tout-à-fait inefficace. En désespoir de cause, divers autres moyens furent essayés l'un après l'autre, et quelques-uns ont arrêté momentanément les vomissements. L'on pourrait faire observer, il est vrai, que chaque fois que l'on a changé de médication, les vomissements cessaient pendant quelques jours, pour revenir ensuite comme auparavant. Parmi toutes les substances mises à l'épreuve, c'est la teinture de sesquichlorure de fer, qui paraît avoir donné les meilleurs résultats

Nous allons rapporter une autre observation qui contraste singulièrement avec celle que nous venons de relater; car le mal, bien que déjà invétéré, a cédé rapidement à l'emploi du sulfite de soude.

Obs. LXV (1). — *Dyspepsie. — Vomissements de matières fermentées contenant des sarcines.*

Commémoratif. — Christina Torrence, âgée de 18 ans, servante, est entrée le 11 juillet 1843. Depuis trois ans, elle a souffert plus ou moins de maux d'estomac s'accompagnant de perte d'appétit et parfois de vomissements, d'ordinaire peu de temps après les repas. Les matières rejetées sont représentées comme ayant été toujours très-acides, mais d'aspect variable selon les aliments ingérés, lesquels consistaient, la plupart du temps, en thé et en soupe avec fort peu de nourriture animalisée. Cette jeune fille est fluette, elle a perdu considérablement de ses forces. Elle a déjà pris une infinité de remèdes et a été traitée quelque temps par l'homœopathie sans en éprouver ni bien ni mal.

Marche de la maladie. — Au moment de l'entrée, on a prescrit du bismuth avec des poudres aromatiques, ce qui a paru soulager un peu. Le 14, il survient un vomissement d'environ 120 grammes d'un liquide brunâtre écumeux lequel, vu au microscope, se trouve contenir une multitude de sarcines. *Donner, trois fois par jour, 1 gramme 30 centigrammes de sulfite de soude.* — Le 22, la malade vomit de nouveau, mais le liquide rendu ne contient plus de sarcines. A partir de ce moment, les douleurs ont cessé, les symptômes disparaissent et cette personne sort parfaitement guérie, le 28 juillet.

(1) Recueilli par M. Joseph Johnston, élève du service.

MALADIES ORGANIQUES DE L'ESTOMAC.

Obs. LXVIII. — *Ulcère chronique de l'estomac. — Guérison.*

Commémoratif. — Janet Grant, âgée de 30 ans, mariée, entrée le 14 novembre 1852, dit s'être toujours bien portée jusqu'il y a environ un an. A cette époque elle eut une attaque d'hématémèse qui se reproduisit trois jours consécutifs et chaque fois de grand matin. Le vomissement était précédé d'un sentiment de pesanteur et de malaise à l'épigastre, de nausées, d'obscurcissement de la vision, de tendance à la syncope qui se produisit même une ou deux fois en cette occasion. Après avoir vomi, elle souffrait généralement de violentes coliques jusqu'à ce qu'elle eût une ou plusieurs selles, lesquelles étaient souvent d'une couleur brune foncée. La quantité de matières rejetées par le haut peut s'évaluer à un demi litre ou un litre et contenait des caillots de sang. A deux reprises, cette malade a séjourné à l'Infirmerie d'où elle est sortie chaque fois beaucoup soulagée. Depuis le mois de février 1852, elle s'était bien portée et avait pu reprendre ses occupations habituelles, lorsque le 3 novembre, une nouvelle hématémèse survint, précédée des mêmes symptômes que les autres fois. Cependant, il y eut moins de sang rendu, bien que les matières vomies présentassent encore beaucoup de caillots sanguins. Durant huit jours, il n'y eut aucun retour de l'hémorrhagie, mais la malade continua d'être faible et garda le lit. Le 11 novembre, elle rendit dans les selles des matières semblables à du goudron gluant. Depuis lors, il y a encore eu des vomissements fréquents, même jusqu'à trois et quatre en un jour, et ils étaient constitués en grande partie par du sang de couleur foncée. A partir de ce moment aussi, la céphalalgie, la douleur à l'épigastre et entre les épaules n'ont fait qu'augmenter.

Symptômes a l'entrée. — La langue est humide, un peu chargée ; l'appétit est mauvais. L'estomac rejette les aliments presque immédiatement après les avoir ingérés. Il se produit de la douleur ainsi que de la sensibilité à la pression, à l'épigastre. Il y a également un peu de sensibilité par tout l'abdomen ; celui-ci subit une certaine distension après les repas. Il y a de la tendance à la constipation. On ne voit point de sang dans les selles et on n'en trouve point de globules dans les matières vomies, examinées au microscope. Les urines sont normales ainsi que les autres fonctions. Pr. : *Sulfate de magnésie* 15 *grammes ; Acide sulfurique dilué* 2 *grammes ; infusion de roses* 225 *grammes. En prendre* 60 *grammes tout de suite et autant demain matin.* — Pr. : *Acide gallique* 2 *grammes. Poudre d'opium* 0,19 *centigrammes. M. et dir. en* 12 *poudres. En prendre une trois fois par jour.*

Marche de la maladie. — 15 *novembre.* La malade a vomi aujourd'hui, mais ce n'était pas du sang. Douleur encore violente à l'épigastre ; plusieurs évacuations alvines de couleur très foncée à la suite du médicament. — 17 *novembre. Abandonner l'acide gallique.* Pr. : *Sous nitrate de bismuth* 2 *grammes ; Poudre d'opium* 0,10 *centigr. M. et dir. en* 6 *poudres. En prendre une trois fois par jour. Régime farineux.* — 18 *novembre.* La malade se plaint d'une douleur semblable à une brûlure à la partie inférieure du sternum. La souffrance est un peu moins forte à l'épigastre ; depuis le 16, absence de vomissements ; selles régulières mais de couleur encore foncée ; soif vive ; langue chargée d'un enduit brun au centre ; goût désagréable dans la bouche. — 20 *novembre.* Il existe encore beaucoup de douleur et de sensibilité à l'épigastre, et la malade rapporte la première à un endroit particulier qui n'est pas plus grand qu'une pièce de dix centimes. Constipation ; pouls à 75, régulier. *Appliquer* 4 *sangsues à l'épigastre. Réitérer la mixture cathartique au besoin.* — 23 *novembre.* La malade se plaint encore de douleur à l'épigastre, ce-

1. Recueillie par M. Fr. M. Russell, élève du service.

pendant les sangsues lui ont fait du bien; il n'y a plus eu de vomissements, la constipation a cessé. *Appliquer aux creux de l'estomac, un vésicatoire de sept centimètres et demi sur cinq.* — 24 *novembre.* La douleur à l'épigastre est beaucoup moins forte et ne se fait plus sentir que par intervalles et avec moins de violence qu'auparavant. La malade mange bien; le goût désagréable qu'elle avait dans la bouche s'est dissipé, mais la constipation est revenue. Pouls à 80, suffisamment fort. — 11 *décembre.* Tous les symptômes dont la malade se plaignait à l'estomac ont disparu et elle sort guérie.

Commentaire. — Les vomissements consécutifs à l'ingestion des aliments, l'hématémèse, ainsi que la douleur locale augmentant par la pression à l'épigastre, indiquaient la présence d'un ulcère à l'estomac, et cet ulcère, ayant ouvert des vaisseaux, a causé à plusieurs reprises des extravasations sanguines. Avant que la malade me fût confiée, on lui avait prescrit une mixture astringente avec de l'acide gallique, afin d'arrêter la tendance à l'hémorrhagie. Dans ce même but, j'y ai substitué le repos, des aliments farineux, seulement en petites quantités fréquemment répétées, des poudres de bismuth blanc et d'opium afin de remédier aux aigreurs et aux douleurs. Celles-ci ayant résisté, quatre sangsues furent appliquées à l'épigastre, puis des fomentations chaudes et enfin un vésicatoire. Grâce à ce traitement, le mal diminua petit à petit, et enfin tous les symptômes disparurent complètement.

Obs. LXVII (1). — *Ulcère chronique de l'estomac.* — *Guérison.*

Commémoratif. — Mary Reid, âgée de 38 ans, mariée, entrée le 20 décembre 1852, rapporte qu'il y a environ quatre ans, s'étant exposée au froid et à l'humidité, elle fut prise d'un frisson suivi d'une vive douleur à l'épigastre et d'un sentiment de malaise dans le bas ventre, comparable aux douleurs de l'enfantement. En même temps, il y avait de la soif, perte d'appétit, des nausées et des vomissements. Ces symptômes disparurent, mais revinrent à divers intervalles jusqu'au mois de décembre 1851. A cette époque, elle eut une attaque beaucoup plus forte que précédemment et ne cessa plus de se plaindre de son mal. Il y a environ trois mois, elle sentit quelque chose se rompre dans l'hypochondre gauche et faillit avoir un évanouissement. Immédiatement après, elle rendit la valeur d'une petite tasse de sang et le même accident se renouvela quatre ou cinq fois la nuit. La dernière fois, les matières rendues étaient plus pâles et plus aqueuses, ressemblant un peu, par la couleur, à du jus de carottes. La perte d'appétit, la soif, la douleur à l'épigastre et dans les entrailles, le tout accompagné de fréquents maux de tête, ont continué jusqu'à cette heure. Il n'y a plus eu de retour de l'hématémèse, mais les aliments sont rendus d'ordinaire une demi heure après avoir été ingérés.

Symptômes a l'entrée. — La malade a le teint pâle, anémique; la langue est chargée, l'appétit mauvais; douleur à l'épigastre, accompagnée de distension et d'un sentiment de pesanteur dans l'estomac après les repas. Ces derniers symptômes continuent jusqu'à ce qu'ils survienne un vomissement, ce qui arrive généralement au bout d'une demi heure. Il existe aussi de la douleur à l'hypochondre gauche, des sensations pénibles dans les entrailles, une constipation habituelle, contre laquelle la malade faisait un usage fréquent des laxatifs. Elle se plaint également beaucoup de palpitations, cependant les bruits ainsi que l'impulsion de cœur

(1) Recueillie par M. F. S. B. de Chaumont, élève du service.

Digitized by Google

sont normaux. Le pouls est à 96, petit et un peu dépressible. Les urines, rendues naturellement, sont de couleur pâle, d'une densité 1022, laissant un léger dépôt dans lequel on reconnait des phosphates, au microscope. La malade a ses règles; elle ne dort pas bien, sent un léger mal de tête et parfois des vertiges. Il y a aussi des mouches volantes, de la douleur à la région lombaire, mais pas de sensibilité anormale le long de l'épine dorsale. Rien à noter du côté des autres fonctions. *Repos au lit, aliments farineux pris par petites quantités. — Donner un léger laxatif.*

Marche de la maladie. — 23 *décembre.* La malade a eu une selle; elle se plaint beaucoup de douleur à l'épigastre; n'a plus vomi de sang depuis son entrée. *Appliquer 4 sangsues loco dolenti, puis des fomentations chaudes. Abandonner le reste.* Pr. : *Lait frais 340 grammes; eau de chaux 370 grammes. A prendre en boisson dans la journée.* — 30 *déc.* Il y a du mieux, mais la douleur à l'estomac revient de temps en temps; l'appétit est un peu meilleur; moins de soif; constipation opiniâtre. — 4 *janvier.* Vives douleurs à l'épigastre, nausées, mais pas de vomissement; langue un peu chargée. Après la visite, la malade s'est levée et a trouvé moyen de se procurer un peu de beef-steak, contrairement à ce qui lui avait été enjoint. Presc. : *Poudre de scammonée et de jalap, de chaque 0,65 centigr. A prendre le soir.* — 6 *janvier.* Il y a eu des selles; la langue s'est nettoyée; la malade se sent mieux, elle a du reste bien reposé la nuit. *Donner du riz à manger.* Les jours suivants, la malade s'est plaint de nouveau de douleur à l'estomac; la langue est chargée mais humide; l'appétit s'est plutôt amélioré; le sommeil est bon; constipation disparue. — 9 *janvier.* Elle a eu quelques nausées aujourd'hui, et cette nuit, elle a vomi pour la première fois depuis son entrée. Elle se plaint toujours de douleur à l'épigastre. *Appliquer un vésicatoire de sept centimètres et demi sur cinq, loco dolenti.* — 12 *janvier.* Depuis l'application du vésicatoire elle a été beaucoup soulagée et se sent elle-même beaucoup mieux. La langue est humide et plus nette qu'auparavant, la soif moins vive, l'appétit meilleur; cependant il y a encore de la tendance à la constipation. — 20 *janvier.* Elle sort guérie.

Commentaire. — Cette observation ressemble pour ainsi dire de tous points à celle qui précède, sauf que les vomissements au lieu de se produire immédiatement après l'ingestion des aliments venaient une demi heure après. Du reste, le même traitement a été institué, seulement, il n'a pas été aussi bien suivi, car on s'est assuré que la malade quittait continuellement son lit pour commettre des imprudences, et celles-ci naturellement, provoquaient le retour des symptômes.

Obs. LXVIII (1). — *Ulcère chronique et perforation de l'estomac. - Péritonite — Pneumonie limitée avec gangrène. — Abcès abdominal simulant une pleurésie. — Mort.*

Commémoratif. — Evina Clark, âgée de 29 ans, non mariée, fille de quartier, entrée le 7 décembre 1852. Depuis l'âge de quinze ans, elle a toujours eu plus ou moins de dérangements gastriques, accompagnés de vomissements de matières verdâtres, mais sans avoir de nausées. Elle fait remonter son mal actuel à une violente maladie d'estomac qui l'a obligée, à l'âge de 15 ans, à garder le lit durant plusieurs mois. Son état s'est aggravé depuis environ deux mois et elle a eu des vomissements plus fréquents et plus forts que d'ordinaire. Depuis longtemps, elle est dans l'habitude de faire un large usage de bi-carbonate de soude; elle en a pris

(1) Recueillie par M. F. G. B. F. de Chaumont, élève du service.

jusqu'à 30 grammes par jour. La veille de son entrée, elle a pris une dose d'huile de ricin et ce matin, 7 déc., elle a dû se lever à 5 heures pour aller à la garde-robe, puis elle est retournée dans son lit. Elle se leva de nouveau à cinq heures et demie pour voir quelle heure il était, puis s'étant recouchée, elle se rendormit sans avoir éprouvé aucune douleur. Vers six heures, elle se réveillait avec une vive souffrance à l'épigastre et se sentait sur le point de s'évanouir. Sa maîtresse l'ayant entendue se plaindre, accourut près de son lit et lui donna à boire un demi verre d'eau de vie avec de l'eau chaude. Elle n'eut pas plus tôt avalé cette boisson que les souffrances s'exaspérèrent et devinrent atroces. On fit alors des fomentations chaudes sur le ventre et on appela un médecin. Celui-ci prescrivit des cataplasmes de son chaud, ce qui soulagea un peu; mais environ trois heures après, les douleurs étant redevenues très violentes, on administra 3 gram. 88 centigr. de teinture d'opium et la malade fut envoyée à l'Infirmerie. La menstruation à toujours été régulière.

Symptômes a l'entrée. — La malade est dans un état de prostration extrême, la peau est froide, la face livide, le pouls à 108, presque imperceptible. L'interne trouvant dans ces symptômes une indication pressante donna aussitôt une dose d'un médicament qu'il avait sous la main, composé de : *Esprit d'ammoniaque aromatique* 10 *gouttes; Esprit d'éther sulfurique* 15 *gouttes; Solution de chlorhydrate de morphine* 20 *gouttes; Eau* 15 *grammes. En même temps on fit encore des fomentations chaudes sur l'épigastre.* A l'heure de la visite, la malade se plaint d'une vive douleur dans l'abdomen, mais surtout à l'épigastre et dans l'hypochondre gauche, et ce mal augmentait encore par la pression. La langue porte un enduit léger à son centre mais elle est humide. Soif vive; pas de nausées; il y a eu une selle à cinq heures du matin. Les bruits cardiaques sont normaux; le pouls est à 136. A la suite de l'administration de la drogue excitante, les forces se sont réveillées et la douleur n'a pas augmenté. La malade est évidemment sous l'influence de l'opium. Rien à noter du côté des autres fonctions. *Donner immédiatement un lavement de beef-tea additionné de* 30 *grammes d'eau de vie. Continuer les fomentations chaudes.*

Marche de la maladie. — Le soir, la douleur est diminuée et il ne reste plus qu'une souffrance vague; le pouls est petit à 129; la lividité de la face ainsi que l'affaissement persistent; la peau est froide; pas de frissons. On a administré quatre lavements de beef-tea avec un œuf, à des intervalles de trois heures; deux de ces lavements contenaient 60 grammes d'eau de vie et les deux autres 1 gram. 28 cent. de laudanum. On a également donné un peu de glace afin de soulager la soif. — 8 *décembre.* Cette nuit, il y a eu des sueurs profuses; la face reste pâle; le pouls est à 126, faible et filiforme. La pression développe toujours une vive douleur au dessous du cartilage xyphoïde. L'abdomen est tendu et tympanisé, mais il n'est que médiocrement sensible; l'estomac est distendu par des gaz et il y a des symptômes fébriles bien prononcés. Pr. : *Sous-nitrate de bismuth* 1 *gram.* 15 *centigr.; Poudre d'opium* 0,19 *centigr.; pour faire* 6 *pilules. En prendre une toute les six heures. Continuer les lavements nutritifs et calmants.* — 9 *décembre.* La malade a vomi, hier à trois heures de l'après midi, environ un demi litre d'un liquide vert, puis a rendu une selle féculente. Elle a dormi un peu cette nuit. Ce matin elle est un peu soulagée mais présente toujours les même symptômes. — 10 *décembre.* Hier soir, la douleur épigastrique s'étant aggravée et propagée à l'hypochondre gauche, on a appliqué six sangsues suivies de fomentations chaudes. Aujourd'hui, la douleur et une sensibilité exagérée persistent encore; le pouls est à 120 et a plus de force. *On applique de nouveau six sangsues et l'on continue les lavements nutritifs et calmants. On prescrit de la glace, à tenir dans la bouche, par petits morceaux, afin de calmer la soif.* — 11 *décembre.* La malade a eu une selle peu de temps avant la visite; pouls à 128, plein; langue sèche; la soif persiste mais

l'appétit revient. La sensibilité excessive de l'épigastre et de l'abdomen a presque disparu. *Donner du beef-tea, mais seulement une cuillerée à la fois; de temps en temps de l'eau panée à boire.* — 12 *déc.* Le beef-tea à produit une sensation désagréable mais non douloureuse à l'estomac et il n'y a pas eu de vomissement. Le pouls est à 128, suffisamment fort. La malade se sent mieux et se retourne plus facilement dans son lit. Depuis hier, elle a eu deux selles. — 13 *déc.* Elle ne souffre plus; pouls à 128, modérément fort. *Donner un peu de pain grillé dans du bouillon.* — 14 *déc.* Cet aliment bien léger a provoqué du malaise et de la tension à l'épigastre et dans les deux hypochondres, puis de la dyspnée et une agitation générale, toutefois sans douleur. Deux selles ont été rendues, dans l'après midi et dans la soirée. Aujourd'hui, on trouve de la sensibilité à l'hypochondre droit; il y a de nouveau des symptômes fébriles. Le pouls est à 132, plutôt faible. *Appliquer 6 sangsues sur la partie sensible. Lavement avec du beef-tea et de l'eau de riz, toutes les deux heures. Suspendre l'alimentation par la bouche.* — 15 *déc.* A la visite d'hier soir, les symptômes fébriles avaient considérablement augmenté, la soif était excessive, la langue sèche et fendillée; la sensibilité morbide de l'abdomen a beaucoup diminué après l'application des sangsues. Aujourd'hui, les symptômes fébriles continuent; la face est injectée et la malade se plaint d'avoir eu un frisson hier après midi. En percutant la poitrine en arrière, on découvre de la matité dans le tiers inférieur du poumon droit ainsi qu'un double bruit de frottement et de la résonnance vocale égophonique. A gauche, on constate également un peu de matité à la base et de la crépitation à l'inspiration. Le pouls est à 132, faible. Les lavements que l'on a continués de temps en temps ne sont plus retenus. — *Suspendre les lavements, donner par la bouche un peu de gelée de jarret de veau, en alternant avec une cuillerée de soupe brune légère, toute les deux heures.* Pr. : *Solution de tartrate d'antimoine 11 gram. 64 centigr.; Acétate de potasse 7 gram. 75 centigr.; Esprit d'éther nitrique 19 gram.; Eau 14 gram. Donner une cuillérée de cette mixture dans deux ou trois cuillerées d'eau, toutes les quatre heures.* — 16 *déc.* Hier soir, il y avait une grande faiblesse et un épuisement profond. *On a suspendu la mixture et donné une cuillerée de vin toutes les deux heures.* Aujourd'hui la sensibilité de l'abdomen a disparu, mais la dyspnée et les symptômes physiques du côté du thorax continuent; les symptômes fébriles sont toujours très marqués. Le pouls est à 140, mou et vibrant; il y a beaucoup de flatuosités. A la demande de la malade, on donne 0,90 *centigr. de bi-carbonate de soude. Continuer la gelée et la soupe brune, plus 15 grammes de vin Xérès toutes les heures.* — 17 *déc.* La malade se sent mieux; urines chargées d'urates; les flatuosités ont diminué après le bi-carbonate de soude. — 18 *déc.* Pas de changement. *Lait coupé d'eau de chaux à boire.* — 19 *déc.* Elle se plaint davantage de douleur à la partie inférieure du côté droit de la poitrine, où il existe toujours de la matité et un fort bruit de friction; légère dyspnée. *Appliquer six sangsues.* — 20 *déc.* Les sangsues ont fait disparaître le mal, mais la dyspnée ainsi que les signes physiques dans les deux côtés de la poitrine persistent. *Vésicatoire de dix centimètres sur sept et demi, pour appliquer en arrière à la base du poumon droit.* — 21 *déc.* Transpiration profuse la nuit; rien de changé quant au reste. — 22 *déc.* Faiblesse beaucoup plus grande; pouls à 136, petit et faible. Les urates ont disparu des urines; grande dyspnée. Pr. : *Esprit d'éther nitrique 15 gram. Teinture de colchique 8 grammes. Eau 140 grammes. Une cuillerée toutes les quatre heures. Lavement au beef-tea avec un œuf; riz dans du beef-tea par la bouche.* — 23 *déc.* Pas de douleur, symptômes généraux sans changement, pouls à 124, faible; légers soubresauts des tendons; appétit capricieux; la malade préfère l'arrow-root au riz. — 25 *déc.* Elle se plaint de diarrhée. *Lavement avec 4 gouttes de teinture d'opium.* — 29 *déc.* La diarrhée continue; aujourd'hui, de grand matin, elle a pris la potion suivante : Pr. *Solution de chlorhydrate de morphine 15 gouttes. Teinture de cachou 2 gram.*

Sirop de limons 3 gram. M. Pas de changement dans les symptômes fébriles; même dyspnée, mêmes symptômes du côté des poumons; pas de douleur; pouls à 124, faible; peau gluante; la malade dit qu'elle a eu très froid la nuit. — 27 *déc.* La diarrhée persiste. *Lavement opiacé, à l'amidon.* — 28 *déc.* La diarrhée a cessé; la dyspnée et les symptômes fébriles ont augmenté; pas de douleur mais face pâle et anxieuse. — 29 *déc.* L'affaiblissement fait évidemment des progrès; la respiration est laborieuse; le pouls est à 140, faible et filiforme; les traits prennent une teinte jaune cireuse; il y a eu des sueurs profuses ce matin; les autres symptômes restent les mêmes. — 30 *déc.* La malade s'affaisse de plus en plus et meurt à 3 h. du matin, à la suite de vomissements répétés de matières d'un sale vert brunâtre.

Autopsie. — Trente trois heures après la mort.

Tête. — Pas d'examen.

Thorax. — Le péricarde renferme huit grammes de sérosité claire; le cœur est normal. Le poumon droit est également normal, mais son lobe inférieur ainsi que le péritoine sont fortement soulevés par un abcès situé entre le foie et le diaphragme et qui contient jusqu'un demi litre de pus. Le poumon gauche est sain, à part un ulcère gangréneux, un peu plus large qu'une pièce d'un franc, situé à la partie inférieure, là ou le poumon repose sur le diaphragme. Cet ulcère présente une surface dilacérée, putrilagineuse et se trouve coiffé d'une calotte d'hépatisation rouge de tissu pulmonaire, à peu près de la grosseur d'un œuf.

Abdomen. — Au moment ou l'on ouvre les parois, une quantité considérable de pus s'échappe de l'abcès que nous avons vu du côté droit, immédiatement au dessous du diaphragme et au dessus du foie. Cet abcès contient près d'un demi litre de pus et était renfermé dans une poche formée, en haut par le diaphragme, en bas par le foie, à la partie antérieure et externe par le péritoine et par de la fausse lymphe d'une grande ténacité au côté interne. Cette lymphe avait collé toutes ces parties à la petite courbure de l'estomac. En repliant les téguments, la paroi antérieure de l'abcès s'est détachée et c'est ainsi que le pus s'est échappé. L'estomac, le côlon transverse, ainsi que les replis intestinaux, dans tout le tiers supérieur de l'abdomen, sont adhérents entre eux, par l'intermédiaire de bandes et de lambeaux de lymphe, lesquels, bien qu'offrant assez de ténacité, sont pourtant de consistance gélatineuse et se laissent facilement déchirer. Dans l'hypochondre gauche, on remarque un amas de lymphe semblable, ayant plus d'un centimètre d'épaisseur, mais dont le centre est ramolli, purulent et même gangréneux. Cet amas est situé au dessus de la rate et communique par une ouverture gangréneuse avec l'ulcère et avec le noyau d'hépatisation décrits plus haut. En incisant l'estomac suivant sa grande courbure, on voit s'écouler un liquide grumeleux, d'un vert sale tirant sur le brun, contenant des masses coagulées, probablement du lait, et légèrement teintées de rouge foncé par du vin de Porto. A la face postérieure de l'estomac et vers son milieu, on observe une ulcération ovale plus grande qu'une pièce de cinq francs, à bords réguliers, indurés et entourés de rides formées par des replis de la membrane muqueuse, laquelle est saine d'ailleurs. L'ulcère est adhérent en arrière avec le pancréas qui lui sert de fond, mais les adhérences dans la moitié supérieure de son pourtour sont constituées par la même lymphe gélatineuse que nous venons de voir. En disséquant les attaches de cet ulcère, on constate qu'il a complétement perforé les tuniques de l'estomac; seulement son ouverture du côté de la face séreuse, n'excède par la grandeur d'une pièce d'un franc. En retirant les intestins du bassin, on trouve des flocons de lymphe purulente entre un certain nombre de replis, ainsi que sur la séreuse de la cavité pelvienne. Les autres organes s'offrent rien à noter.

Commentaire. — Les symptômes présentés par cette malade ont été l'objet d'une attention particulière, ils ne laissaient guère de doute, même

Digitized by Google

dès le commencement, que nous eussions affaire à un ulcère chronique de l'estomac; celui-ci, le matin même du jour où elle nous est arrivée, avait perforé cet organe et provoqué les vives souffrances dont elle se plaignait. La péritonite, qui sans doute aurait été la conséquence de la seule perforation, à dû incontestablement être plus intense par suite de l'administration d'eau de vie et d'eau dans le but de tirer la malade de l'état de collapsus dans lequel elle était tombée par l'effet immédiat de l'accident. Environ cinq heures après ce dernier, au moment de son arrivée à l'infirmerie, on lui donna encore une potion stimulante et anodyne, toujours dans le but de la relever de l'état de dépression profonde dans lequel elle se trouvait. Les douleurs n'ayant pas augmenté à la suite de l'ingestion du médicament, il y a tout lieu de conclure que son administration, dont l'opportunité est plus que douteuse, n'a cependant pas fait grand mal. Rien n'est plus naturel, je l'avoue, lorsqu'il survient une douleur violente à la région épigastrique, avec sentiment de syncope, que d'avoir secours aux stimulants. Heureusement les perforations de l'estomac sont des accidents assez rares, car tout le monde, même parmi les médecins, n'a pas assez de sang-froid et n'apporte pas toujours assez de discernement pour reconnaître, tout de suite, la nature du mal. Aussi, ces perforations sont-elles si fréquemment fatales, non pas tout à cause de leur gravité même, que par suite de l'administration de remèdes stimulants, lesquels passent dans la cavité péritonéale. Au fait, si de l'eau de vie et de l'eau n'eussent point été données dans ce cas, il y a tout lieu de penser que la perforation n'eût pas occasionné beaucoup de dégats, car c'était de grand matin, avant le déjeuner, longtemps après le dernier repas, par conséquent, l'estomac était vide lorsqu'elle s'est produite. Il est encore à remarquer que ces sortes de perforations ont une grande tendance à se refermer par l'apparition rapide de lymphe fibreuse dans tout leur pourtour. Quoi qu'il en soit, il existait déjà une péritonite étendue, lorsque je vis la malade pour la première fois. En conséquence le traitement eut en vue : 1° de prévenir l'introduction de nouvelles matières dans l'estomac, 2° de tirer la malade de l'état de collapsus au moyen de lavements stimulants et nutritifs, 3° de diriger l'inflammation vers une terminaison favorable, au moyen de fomentations locales et de l'administration des opiacés à grande dose, sous forme de lavements et, plus tard seulement, sous forme de pilules par la bouche. Ce traitement fut suivi d'un commencement de succès, si bien que le cinquième jour, il fut possible de faire prendre un peu d'aliment par la bouche, et non sans quelque avantage. Le huitième jour néanmoins, des frissons survinrent, suivis de fièvre; on attribua ces phénomènes à une pleurésie du côté droit, car on venait de découvrir de la matité à la partie inférieure, avec accompagnement d'un fort bruit de friction et d'égophonie. Une pneumonie circonscrite s'était manifestement établie du côté gauche, ce qu'indiquait la crépitation. On s'efforça de combattre cette formidable complication au moyen de préparations salines et de saignées locales, à l'aide de sangsues. Toutefois, on ne fut pas longtemps

à s'apercevoir, aux symptômes de dyspnée, etc., qu'il restait bien peu d'espoir de guérison. Aussi, malgré l'emploi des stimulants à larges doses, la malade a-t-elle succombé le vingt-troisième jour. La dissection est venue nous révéler exactement, ce que nous avions prévu du côté de l'estomac et du péritoine, mais elle nous a aussi montré que ce que nous prenions pour une pleurésie était occasionné par un abcès. Celui-ci, après avoir refoulé le diaphragme et occupé la partie inférieure de l'espace thoracique du côté droit, avait donné lieu à tous les signes physiques d'une pleurésie. Du côté gauche, nous avons trouvé une pneumonie limitée, ainsi que nous nous y attendions, mais il y avait cette autre particularité d'une communication du poumon, à travers un ulcère gangreneux dans le diaphragme, avec la lymphe exsudée au dessus et autour de la rate. Les bords de l'ulcère de l'estomac étaient fermement unis au pancréas, et il n'est pas étonnant en somme, que la malade ait succombé aux ravages d'un péritonite aussi étendue.

Obs. LXIX (1). — *Ulcération chronique de l'estomac. — Perforation occasionnée par une chute (?). — Guérison.*

Commémoratif. — Barbara Ferguson, servante, âgée de 51 ans, entrée le 6 janvier 1853. Elle rapporte qu'elle avait toujours joui d'une excellente santé, lorsqu'il y a huit ans, elle a commencé à éprouver des douleurs, comme si quelque chose eut coupé ou broyé son estomac. Néanmoins, l'appétit restait bon, seulement il y avait souvent une soif vive ; jamais de nausées ni de vomissements. Elle croit que depuis peu son mal a empiré, bien qu'elle n'ait pas eu d'exacerbation distincte. Le 4 janvier, en voulant monter sur une chaise, le pied lui manqua et elle fit une chûte dans laquelle la région de l'estomac vint porter sur le dossier de la chaise. Aussitôt, elle fut prise d'une vive douleur à l'épigastre, laquelle s'étendit bientôt à tout le reste de l'abdomen. Elle n'eut point de syncope et ne fut nullement hors d'état de parler, mais il fallut l'emporter dans son lit. L'accident est arrivé vers 9 heures du soir, trois heures après son dernier repas, lequel s'était composé de café et d'un peu de pain. On lui prescrivit en cette occasion des pilules de 0,06 centigrammes d'opium, à prendre toutes les quatre heures. Le lendemain, comme la douleur aigue persistait encore, quatre sangsues furent appliquées à l'épigastre et suivies de fomentations chaudes. Jusqu'au moment de son entrée, la malade n'a rien pris par la bouche, à l'exception des pilules d'opium.

Symptômes a l'entrée. — La malade paraît très-faible et nerveuse. Elle est dans un état de collapsus partiel; la face est pâle, le pouls à 100, faible; bruits du cœur normaux; pas de céphalalgie, mais sentiment de vertige toutes les fois qu'elle veut se lever ou changer de position: langue nette et humide, pas de nausées ni de vomissements; appétit nul, soif vive, douleur à l'épigastre. Cette région, ainsi que le reste de l'abdomen est extrêmement sensible à la pression. Depuis l'accident, il y a une dysurie douloureuse. Toutes les autres fonctions s'accomplissent normalement. Prescr. : *Pas d'aliments par la bouche, mais lavement opiacé avec 10 gouttes de teinture d'opium; tranquillité et repos au lit.*

Marche de la maladie. — *7 janvier.* Presque toute douleur avait disparu hier soir et la malade se trouva beaucoup mieux, car elle a dormi une grande partie de l'après midi. *On a répété le lavement au beef-tea et jaune d'œuf, à inter-*

(1) Recueillie par M. F. S B. F. de Chaumont, élève du service.

Digitized by Google

valles de quatre heures, et on lui a donné un nouveau lavement opiacé à 4 heures du matin, après quoi, elle s'est endormie. Aujourd'hui elle se sent plus à l'aise ; la douleur ou plutôt la sensibilité à l'épigastre est diminuée et on peut exercer une pression assez forte sans produire de malaise. Il y a encore de la soif; langue sèche; peu d'envie de manger; pouls à 100, mou. — 8 *janvier*. Cette nuit la malade s'est trouvée beaucoup mieux et a demandé à manger, le pouls a plus de force, il est à 90; l'amélioration continue. Quand la malade est au repos, elle ne sent plus de douleur, pourtant la pression sur l'épigastre en développe encore. Elle se plaint du reste, mais moins haut, dès qu'on la touche n'importe où, car elle est très-pusillanime. Pouls à 95, de force moyenne. *On a continué le beef-tea et les lavements nutritifs, ainsi que le lavement opiacé, toutes les* 10 *ou* 15 *heures. Beef-tea et lait, une cuillerée à la fois, mais on peut répéter toutes les cinq minutes si la malade le désire.* — 9 *janvier*. Elle s'est trouvée un peu moins bien après avoir pris du beef-tea et du lait; elle éprouvait alors, dit-elle, une sorte de « travail » dans l'estomac. On lui prescrivit un lavement opiacé, à passer dans une couple d'heures; dans la soirée elle n'éprouva plus de malaise, mais au contraire un certain bien-être en prenant du beef-tea. Ce matin, elle ne se sent plus aussi bien et son aspect général indique plus de dépression. Elle a continué le beef-tea, mais elle a eu en outre dans la journée deux lavements avec du beef-tea et un œuf. Le pouls est à 88, suffisamment fort. La malade n'a pas encore eu de selle depuis son entrée. Pr. : *Lavement à l'eau chaude avec* 30 *grammes d'huile de ricin, suivi au besoin d'un nouveau lavement opiacé.* — 10 *janvier*. Elle s'est trouvée plus faible et comme épuisée à la suite de la garde-robe et on lui a passé le lavement opiacé deux heures après, ce qui lui a procuré du mieux. Elle a eu un peu de thé avec du pain grillé, ce matin. Elle a pris du beef-tea à dîner, mais elle ne peut avaler de riz, ni quoi que ce soit de farineux. Elle ne s'est pas trouvée mal de ce qu'elle a pris par la bouche ; l'épigastre n'est plus douloureux à la pression. Elle a dormi moins cette nuit que d'habitude ; les urines son claires, leur pesanteur spécifique est de 1020, elles contiennent des phosphates. *Cesser les lavements.* — 24 *janvier*. La malade a continué d'aller de mieux en mieux, les forces lui reviennent peu à peu et on la congédie.

Commentaire. — Il ne manque pas d'exemples de perforation de l'estomac, guéries à la suite d'un traitement judicieux, et l'observation qui vient d'être rapportée me parait en être une preuve instructive. Les symptômes du début ressemblent beaucoup à ceux de l'obs. LVIII mais ont été occasionnés par une violence sur l'épigastre, au lieu d'avoir été le résultat d'efforts en allant à la selle. Comme suite immédiate, nous avons constaté une vive souffrance, de la sensibilité à la pression et des signes de collapsus. Heureusement, j'ai vu la malade de suite après l'accident, et j'ai bien pris garde de ne donner ni eau de vie, ni aucune drogue stimulante. Il a été prescrit, toutes les quatre heures, six centigrammes d'opium en pilule, le repos absolu et une abstinence complète. Le lendemain et encore dans la matinée du jour suivant, la douleur locale continuant, j'envoyai la malade à l'Infirmerie. Nous l'avons soutenue au moyen de lavements nutritifs et, le quatrième jour, nous avons essayé un peu de nourriture par la bouche ; il n'en est résulté rien de fâcheux. A partir de ce moment l'amélioration, s'est affirmée de jour en jour. Sans doute, nous n'avons aucune preuve positive qu'il y ait eu perforation dans ce cas ; néanmoins, remarquons que depuis huit ans, il survenait des accès de douleur à l'estomac

et le mal augmentait par l'ingestion de nourriture; il n'y avait jamais eu de vomissement. Il est possible que le coup ait été assez fort en lui-même pour produire la douleur et les autres symptômes subséquents, mais telle n'est point mon opinion, à la suite de toutes les investigations auxquelles je me suis livré. D'ailleurs, une autre servante témoin de l'accident m'a assuré que ce coup n'avait pu être bien violent.

Toutes les fois que la preuve anatomique fait défaut, une incertitude plus ou moins grande pèse sur l'histoire de cas semblables, où le malade guérit. Toutefois, tenant compte de toutes les circonstances, je ne puis m'empêcher de croire que si de l'eau de vie et de l'eau eussent été données comme à la malade précédente, il y avait toute chance de voir également survenir une péritonite mortelle.

D'après les observations anatomiques que j'ai faites à la Royal Infirmary d'Edimbourg, il ne me parait point que l'ulcère chronique de l'estomac soit une maladie bien fréquente, en Ecosse. A défaut d'une statistique exacte, il est impossible de conclure rien de très positif; toutefois, je ne pense point que cette affection se rencontre au delà de trois fois sur cent autopsies, tandis qu'à Copenhagen et dans quelques hôpitaux allemands, on prétend qu'elle atteint la proportion de 6 à 13 pour cent (1). On a attribué cette fréquence de l'ulcère stomacal à des habitudes d'intempérance et à un régime particulier, mais s'il en était ainsi, il est à présumer que l'habitude de boire du wisky pur rendrait cette affection bien plus fréquente en Ecosse qu'elle ne parait s'y montrer.

L'anatomie pathologique de l'ulcère de l'estomac a été pour la première fois admirablemtnt écrite et figurée par Cruveilhier (2). L'ulcère est chronique, de forme circulaire ou ovale, variant d'ordinaire entre la grandeur d'une pièce de cinquante centimes et celle d'une pièce de cinq francs; ses bords sont taillés à pic et légèrement épaissis, comme si on l'avait taillé à l'emporte-pièce; sa base est unie et indurée. L'ulcération peut être superficielle ou profonde, parfois même perforer toutes les tuniques de l'estomac et, dans ce cas, l'orifice externe est plus large que l'orifice interne. L'ulcère a une grande tendance à contracter des adhérences par son bord externe, avec le pancréas, immédiatement au dessus duquel il est le plus souvent situé, dans la paroi postérieure de l'estomac. Lorsqu'il siège à la paroi antérieure, il contacte moins facilement des adhérences, et par suite il est plus sujet à se terminer par une perforation. L'ulcère est susceptible de guérir à n'importe quelle période, laissant une cicatrice d'aspect variable, suivant l'étendue et l'épaisseur du tissu primitivement impliqué. Parfois c'est une simple cicatrice, d'autres fois, c'est un plissement rayonné. Il arrive même que c'est une sorte d'induration épaisse avec des plis rigides, produisant des contractions dans un endroit et des poches dans un autre. Cette contraction peut même être disposée annu-

(1) Voir à ce sujet un savant mémoire du Dr Brixton. Londres 1857.
(2) *Anatomie Pathologique*, Liv. X et XX.

lairement au point de produire un rétrécissement de l'organe. De temps en temps encore on rencontre des dépôts minéraux adhérents à la cicatrice.

Les trois *symptômes* principaux de l'ulcère chronique de l'estomac sont : la douleur augmentant par la pression, le vomissement après les repas et l'hématémèse. Cette dernière est la plus importante au point de vue du diagnostic, car sa présence rend certain ce qui sans cela ne saurait être que probable. L'affection, néanmoins, peut exister sans avoir encore intéressé les vaisseaux au point d'occasionner une hémorrhagie. Ainsi, les symptômes de la dyspepsie chronique avec vomisssements après les repas et douleur fixe, le tout longtemps prolongé, devront invariablement faire soupçonner la présence d'un ulcère et faire instituer un traitement approprié.

Les moyens que j'ai trouvés les plus efficaces contre l'ulcère chronique simple de l'estomac, sont : la tranquillité, un régime scrupuleusement réglé, le bismuth et l'opium sous forme de pilules ou de poudres, parfois la chaleur et d'autres fois le froid, appliqués localement. Il est à observer que souvent il suffit que le malade vienne à l'hôpital où il reste tranquillement au lit, pour voir se modifier favorablement les symptômes les plus alarmants. J'ai remarqué également que les malades qui sont constamment hors du lit à se promener, souffrent beaucoup plus que ceux qui restent couchés, particulièrement dans les premiers temps de la maladie. Aussi faut-il prescrire le repos dans une position commode. Le régime consistera en substances farineuses, pulpeuses, mêlées tantôt avec du beef-tea, tantôt avec du lait et toujours en petites quantités mais fréquemment répetées. Si l'estomac ne supporte point les aliments chauds, on les donnera froids. Quand, malgré ce traitement, les vomissements persistent, il conviendra de suspendre l'ingestion de toute nourriture pendant un jour ou deux et de donner des lavements nutritifs. A mesure que le mal s'amendera, l'on augmentera, avec beaucoup de prudence, la quantité des aliments solides. La soif est dans ces cas un symptôme bien pénible; rien n'y remédie mieux qu'un peu de glace dans la bouche ou de boire, à petits coups et par intervalles, du lait avec quantité égale d'eau de chaux. La douleur sera combattue par le bismuth et l'opium sous forme de pilules ou de poudres. Parfois la chaleur, mais plus communément la glace pilée, mêlée avec du sel dans une vessie appliquée sur le siége du mal, procurera du soulagement. Deux ou trois sangsues, un révulsif, pourront réussir quand les autres moyens auront échoué; au moins, y a-t-il lieu d'essayer. La tranquillité et l'abstinence de toute nourriture ou boisson, pendant un certain temps, sont, à mon avis, les moyens les plus propres à combattre l'hémorrhagie; s'il y avait menace d'épuisement par defaut d'alimentation, on administrerait des lavements nutritifs avec du vin. Lorsqu'il survient une perforation, j'ai déjà insisté sur la grande importance d'éviter tout stimulant par la bouche (obs. LVIII et LIX), et j'ai indiqué la pratique à suivre avec persévérance, savoir : l'administration d'opium en pilules,

la tranquillité, l'abstention de purgatifs, l'alimentation d'abord au moyen de lavements puis, avec prudence, au moyen de substances non irritantes, données en petites quantités par la bouche.

Obs. LXX (1). — *Cancer de l'estomac, du pancréas et des glandes mésentériques. — Atrophie cystique du rein droit.*

Commémoratif. — Thomas Gaffney, 50 ans, marié, manouvrier, entré le 24 novembre 1856, s'était toujours bien porté, mais depuis un an, il a été tourmenté par du pyrosis et parfois de vomissements, avec diminution d'appétit. Il y a trois mois, éprouvant une vive douleur à l'épigastre, il s'aperçut qu'il y avait une tumeur dans cette région. Cette tumeur était très-sensible et continua d'augmenter de volume en même temps qu'elle devenait de plus en plus douloureuse. A présent, le malade est très-amaigri et souffre de violentes douleurs, dans toutes les positions possibles.

Symptômes a l'entrée. — Dents et gencives sèches; langue sèche avec des fissures longitudinales au centre; parfois de la soif, appétit nul; pas de difficulté en avalant, mais douleur constante à l'épigastre. Cette dernière n'augmente pas sensiblement après les repas. L'aliment ne reste pas dans l'estomac mais est rejeté par bouchées, environ une heure ou une heure et demie après son ingestion. Les matières vomies sont décrites comme ayant une couleur de marc de café. En examinant l'épigastre sur la ligne médiane, à cinq centimètres au-dessous du cartilage xyphoïde et à sept centimètres et demi au dessus de l'ombilic, on sent une petite tumeur de la grosseur d'une noix environ, irrégulière à sa partie inférieure. Sa surface est convexe en avant et en bas; elle se laisse déplacer en haut et à droite, mais pas en bas ni à gauche. Dans la moitié gauche de l'épigastre, sur un espace de cinq centimètres carrés, on trouve de la matité à la percussion, et, au palper, on sent une tumeur profondément située, très-résistante, à bord nettement distincts du côté droit. Elle semble remonter jusque dans le haut de l'hypochondre gauche, où la percussion rend encore un son comparativement mat. Partout ailleurs sur l'abdomen, le son est tympanitique. La percussion révèle aussi une grande sensibilité à la région du foie et sur la tumeur. Parfois cette dernière est sentie plus distinctement et on la trouve alors inégale et nodulée. La poitrine est cylindrique; la percussion y fait découvrir une résonnance inaccoutumée. La respiration s'entend faiblement à la face antérieure et elle est rude en arrière; le murmure respiratoire est prolongé. Pas de dyspnée; expectoration rare. Région précordiale anormalement sonore à la percussion; matité transversale de cinq centimètres et demi. Bruits cardiaques normaux mais faibles; on ne parvient point à sentir la pointe du cœur. Pouls petit et faible, à 60 par minute, peu de sommeil. Urines normales. Pr. : *Régime soigneusement réglé. Aliments substantiels et vin, mais en petites quantités et à de fréquents intervalles. Appliquer sur la tumeur un mélange de neige et de sel, dans une vessie. Prendre tous les soirs, deux des pilules suivantes.* Pr. : *Acétate de morphine* 0,96 *milligr.; Conserve de roses* 0,80 *centigr. f. s. a.* 6 *pil.*

Marche de la maladie. — 1 *décembre*. L'application de la glace a procuré beaucoup de soulagement, à tel point que le malade ne veut plus s'en passer. Cependant la quantité d'aliment ingérée est insuffisante et l'affaiblissement fait des progrès. — 4 *Décembre*. Les pilules du soir continuent à pallier la souffrance. Ce qu'il prend consiste en trois quarts de litre de beef-tea dans la journée, du pain et du lait; du pudding au riz et au lait, environ 180 grammes de vin. Le patient ne manque jamais

(1) Recueillie par M. William Guy, élève du service.

de vomir si peu que ce soit après avoir mangé, aussi continue-t-il de s'affaisser. Mort le 5 *décembre*, dix heures et demie du matin.

Autopsie. — Vingt-huit heures après la mort.

Abdomen. — On n'a pu obtenir la permission d'examiner que l'abdomen. En ouvrant l'estomac, on voit qu'il contient une quantité considérable de substance jaune, pultacée, consistant en matières alimentaires à demi digérées et colorées par de la bile. L'orifice pylorique est comprimé par une masse exsudative de nature cancéreuse, située à la petite courbure et faisant saillie dans l'estomac. Cette tumeur a environ douze centimètres et demi de diamètre; ses contours sont arrondis; elle est nodulée à l'intérieur, mais on y remarque surtout deux portions qui, se projetant hors de la masse commune, agissent comme deux valvules vis-à-vis de l'orifice pylorique. Le doigt traverse facilement ce dernier, en passant derrière ces valvules. Dans un endroit, l'épaisseur de la masse est de cinq centimètres, mais elle va en s'amincissant vers les bords où elle atteint seulement un peu plus d'un centimètre. Le tissu est friable et s'écrase facilement sous les doigts, mais il n'en sort aucun suc cancéreux. Le pancréas est sain dans sa plus grande étendue, seulement, deux centimètres et demi de son extrémité duodénale sont déjà compris dans la masse cancéreuse. L'orifice cardiaque, séparé par un bon centimètre du bord de la tumeur, est parfaitement sain, ainsi que le reste de l'estomac non envahi. Dans le voisinage du pancréas, on observe plusieurs glandes mésentériques hypertrophiées, nodulées et déjà gorgées d'exsudat cancéreux. A sa partie antérieure, l'estomac adhère fermement à une partie du foie lequel, à sa face inférieure et dans les points qui recouvrent la tumeur, est également dur et nodulé. A la place du rein droit, se trouve un kyste de la grosseur d'une tête d'adulte, renfermant de la sérosité jaune. A sa surface interne, ce kyste présente comme une séreuse unie, interrompue çà et là par des ouvertures plus ou moins circulaires qui conduisent dans des poches. Quelques-unes de ces ouvertures sont parfaitement rondes, à bords unis et abrupts, et à peu près du diamètre d'une pièce de cinquante centimes; d'autres ont la dimension d'une pièce de deux francs à celle d'une pièce de cinq francs et même au delà. Çà et là, à la surface de la membrane, on remarque des rides indurées recouvertes de plaques noires, calcaires, indiquant autant de cicatrices. A l'extérieur, le kyste est uni et recouvert de lambeaux de tissu cellulaire. A sa partie inférieure se trouve une induration mesurant cinq centimètres en longueur et, qu'après avoir coupée en quatre, on reconnaît pour la substance corticale du rein réduite à moins d'un demi centimètre d'épaisseur. Immédiatement derrière cette substance rénale est encore un kyste, en communication avec une des poches décrites plus haut, et qui a environ trois centimètres de diamètre. Nulle part on ne rencontre aucune trace de produit tuberculeux.

On enlève ensuite une portion de poumon d'environ cinq centimètres carrés; le tissu en est spongieux dans toute son étendue, mais présente des masses d'aspect gélatineux, pouvant avoir quatre millimètres de diamètre et disséminées çà et là. Elles se laissent comprimer et aplatir entre les doigts, mais elles offrent un certain degré de fermeté. A la coupe, elles présentent une surface unie de couleur grise.

Examen microscopique. — La masse cancéreuse de l'estomac présente des cellules de cancer dans toutes les phases de leur développement, ainsi que des cellules granuleuses, çà et là répandues dans des masses de substance moléculaire. Les glandes mésentériques et épigastriques présentent à la coupe une surface friable d'où l'on racle avec facilité une substance gélatineuse. Cette dernière, vue au microscope, contient de larges cellules de cancer en voie de multiplication endogène. Çà et là se rencontrent aussi des cellules granuleuses, un petit nombre de fibres et une multitude de molécules. Les masses arrondies du poumon présentent la même structure.

Obs. LXXI (1). — *Cancer colloïde avec ulcère perforant de l'estomac. — Péritonite.*

Commémoratif. — James Douglas, âgé de 53 ans, portier, entré le 13 septembre 1854, s'était toujours bien porté, lorsqu'il y a environ quatorze semaines, il commença à éprouver une douleur comparable à une brûlure à l'épigastre, augmentant après les repas, et s'accompagnant d'une sensation de boule remontant à la gorge. Il continua encore à travailler pendant trois semaines et le mal alla s'empirant. Il y a huit semaines, il a vomi deux jours durant des matières de couleur foncée, semblables à du marc de café. Depuis lors, il a été tourmenté de pyrosis, a complètement perdu l'appetit et est devenu plus maigre et plus faible.

Symptômes a l'entree. — Le sujet est fortement amaigri. Langue humide, légèrement chargée; appétit mauvais, pas de dysphagie; douleur à la région épigastrique; c'est constamment comme s'il y avait là une brûlure, principalement après les repas; pas de vomissements, mais éructations d'un liquide aqueux et clair. L'épigastre est dur au toucher, et dans la région de l'ombilic, on sent distinctement une tumeur située en travers de l'abdomen, mobile sous les téguments et assez indolente. Il existe habituellement de la constipation; pas de toux; pouls à 56, faible; urines non coagulables, offrant une pesanteur spécifique de 1019. Rien d'anormal dans les autres organes.

Marche de la maladie. — *Du 13 septembre au 9 octobre*, le malade a été traité par les anti-acides, le bismuth et la magnésie. On lui a passé des lavements nutritifs, on lui a ordonné parfois une préparation opiacée le soir, des laxatifs appropriés et une réglementation scrupuleuse de son régime. Cependant, loin d'avoir repris des forces, il s'est beaucoup affaibli, et la sensation de brûlure se propage à présent tout le long de l'œsophage. — 13 *octobre*. Ce matin, le malade a ressenti une douleur aiguë dans l'abdomen, lequel est actuellement distendu et généralement douloureux à la pression et aussi par l'effet d'inspirations profondes. Le pouls est à 84, assez ferme. On applique huit sangsues sur l'abdomen, puis on fait des fomentations chaudes et on donne de l'opium à doses de six centigrammes. — 14 *octobre*. Ce matin, le malade a rendu une grande quantité d'un liquide couleur marc de café; pouls faible; extrémités froides. Pendant que le malade était occupé à prendre son diner, il tombe en avant et expire sur l'heure.

Autopsie. — Vingt deux heures après la mort.

Corps très amaigri.

Thorax. — Tous les organes thoraciques sont normaux.

Abdomen. — En ouvrant l'abdomen, on trouve une grande quantité d'un liquide foncé en couleur, dans lequel flottent des flocons de lymphe blanche. A la surface interne du péritoine, on trouve attachés des lambeaux de lymphe molle récemment déposée, mais on n'y rencontre aucun nodule arrondi. L'estomac et les intestins sont lâchement collés ensemble ainsi qu'au péritoine pariétal, par l'intermédiaire d'une lymphe molle; il suffit d'un léger effort pour séparer ces parties. En examinant avec attention la face antérieure de l'estomac, on y découvre deux ou trois perforations. La plus grande a deux centimètres et demi de large à l'extérieur de l'estomac et six centimètres du côté de sa face interne. La moitié pylorique de l'estomac est transformée en une vaste masse d'aspect colloïde mais très dure, de la grosseur d'une noix de coco ou des deux poings réunis. La muqueuse du voisinage de la région cardiaque est parfaitement saine; à l'extrémité pylorique, elle est ulcérée sur plusieurs points, principalement vers la petite courbure et près du pylore. L'orifice de ce dernier laisse encore passer aisément le petit doigt. Le pan-

(1) Recueillie par M. Robert Rhind, élève du service.

Digitized by Google

créas, le foie, ainsi que les organes avoisinants sont normaux. Le tissu de la tumeur est dur comme du cartilage, crie sous le scalpel; à la coupe, il présente les caractères ordinaires du cancer colloïde (voir t. I, p. 300). La membrane muqueuse de l'intestin est parfaitement saine ainsi que les autres organes abdominaux.

Examen microscopique. — Le cancer de nature colloïde présente tous les caractères que l'on trouvera décrits t. I, p. 300.

Commentaire. — Un gonflement induré à la région épigastrique, de la douleur et des vomissements après les repas, tels sont les symptômes habituels du cancer de l'estomac; tous ces caractères sont réunis chez les deux sujets dont l'histoire vient d'être rapportée. De plus, dans l'obs. LXX il y a eu hématémèse, indice d'une ulcération, et une douleur subite suivie de péritonite dans l'observation LXXI, ce qui dénotait l'existence d'une perforation. Les vomissements ne se sont point montrés aussi tôt dans le dernier cas que dans le premier, aussi, aura-t-on remarqué que le rétrécissement pylorique n'était point considérable. Par contre, l'ulcération s'accompagnant de pyrosis avait fait plus de ravages et amena finalement une perforation suivie d'une péritonite fatale. Quant à l'atrophie du rein droit, converti en un sac fibreux, chez Goffney, elle n'avait aucunement été accusée durant la vie. Tous les symptômes observés chez cet homme, à l'exception de l'hématémèse pouvaient être le résultat aussi bien d'une tumeur située en dehors que dans l'estomac même, et qui aurait comprimé cet organe. Rien n'est plus difficile en effet, si même il est possible, de différencier toujours ces deux états, mais les tumeurs externes sont rares. (Voir obs. LXXXV.)

Dans beaucoup de cas, l'affection décrite sous le nom de squirrhe du pylore ou de l'estomac semble constituée par une simple hypertrophie de leurs couches musculaire et fibreuse, et cette lésion peut être ou n'être pas associée au cancer des glandes voisines. Un simple rétrécissement du pylore détermine plus ou moins d'épaississement de l'estomac, par suite des vomissements chroniques qui en sont la conséquence, et en nécessitant une augmentation de force musculaire pour surmonter l'obstacle, absolument comme il arrive pour les intestins, pour la vessie et pour les autres viscères creux, lorsque les parties situées plus bas sont rétrécies (Voir fig. 207 à 209, t. I, p. 251). J'ai relaté quatre observations de ce genre dans mon ouvrage sur les *Cancerous and cancroïd Growths* (Production cancéreuses et cancroïdes. Edimbourg 1848 p. 46 et suiv.) Chose remarquable, dans tous ces cas, on observe la même maigreur et le même aspect cachectique que s'il y avait réellement un cancer; cet aspect extérieur tient donc plutôt au défaut de nutrition de l'économie, qu'à une diathèse prétendument cancéreuse. C'est pourquoi, j'ai depuis longtemps cessé d'attacher aucune importance à ce fameux *aspect cachectique*, comme signe diagnostique du cancer; je l'attribue tout simplement soit au défaut de la nutrition, soit à l'épuisement de l'économie, par suite de l'excessive souffrance à laquelle elle est en proie. Cette même cachexie se montre d'ailleurs dans diverses autres formes de productions pathologiques, et manque fréquemment là où le microscope a démontré l'existence de l'affection cancéreuse.

De toutes les variétés de cancers, celui de l'estomac est peut-être le plus terrible. Il coupe les voies de la nutrition et amène, (sans parler de la douleur qui ronge) la perte du sommeil, des pertes de sang et des vomissements plus ou moins continus. Ce qu'il reste à faire dans ces cas, c'est de soulager et de soutenir l'économie; dans ce but, nous n'avons rien de mieux que les opiacés à hautes doses, les lavements nutritifs, une attention minutieuse au régime, de la glace dans la bouche, etc. Parfois, l'on se trouvera bien de l'application locale d'un mélange frigorifique, comme l'a recommandé le Dr J. Arnott, parfois même de quelques sangsues à l'épigastre. Chez le malade de l'observation LXX, les applications froides ont produit un soulagement marqué.

Les changements histologiques observés dans les diverses affections de l'estomac ont été étudiés par le Dr Hanfield Jones, qui a le premier décrit

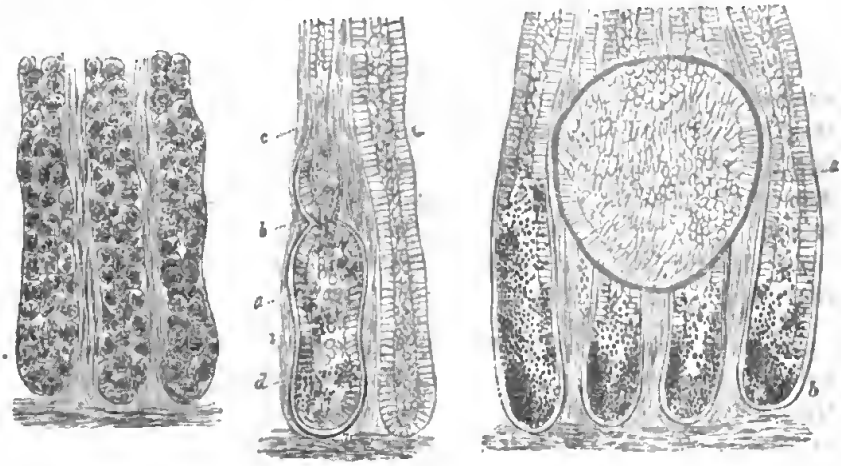


Fig. 454. Fig. 455. Fig 456.

et figuré l'aspect des follicules, les cellules qu'ils contiennent et les autres détails de structure intime, variables suivant circonstances (1). Il peut

(1) *Pathological and Clinical Observations respecting morbid conditions of the stomach*, London, 1845.

Fig. 454. Aspect des glandes gastriques, dans le catarrhe récent de l'estomac. Leurs contours externes sont irréguliers, et elles sont remplies de cellules de sécrétion hypertrophiées. (*Wilson Fox.*)

Fig. 455. Commencement de transformation cystique d'un follicule de l'estomac. On y remarque des constrictions dans certains endroits (*b*, *c*) et des renflements dans d'autres. *a*, montre l'épaisseur de la membrane limittante et *d*, un commencement de dégérescence graisseuse de l'épithélium. (*Wilson Fox.*)

Fig. 456. Kyste dans la portion pylorique de l'estomac, se composant d'une enveloppe fibreuse et d'un contenu formé entièrement de cellules d'épithélium cylindrique. En *a*, la membrane limitante des glandes gastriques commence à s'épaissir et en *b* leur contenu a subi la dégénérescence graisseuse si commune dans le catarrhe chronique (*Wilson Fox.*) 340 *diam.*

Digitized by Google

y avoir hypertrophie et atrophie des glandes solitaires, atrophie des glandes tubulaires, dégénérescence graisseuse, altération et coloration noire de leurs éléments épithéliaux, épaississement fibroïde, etc. Ses recherches ont été en grande partie confirmées par le Dr F. Schlapfer (1) et par le Dr Wilson Fox (2). Ce dernier y a même ajouté quelques faits importants relatifs au catarrhe chronique de l'estomac, à l'épaississement de la capsule membraneuse et à la dégénérescence des glandes. Le Dr Habershon (3) et le Dr Fox ont signalé la rapidité des modifications subies par les glandes de l'estomac après la mort. Il en résulte qu'on ne saurait apporter trop de prudence dans les conclusions, lorsque l'examen de la structure intime a été trop différé.

Dans le but de guider l'étudiant ainsi que le praticien désireux de s'occuper de ces points de clinique, j'indiquerai ici les changements

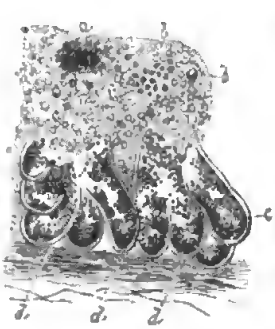


Fig. 457.

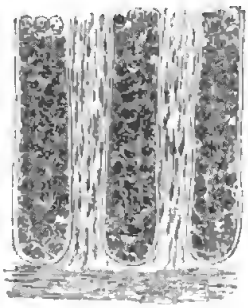


Fig. 458

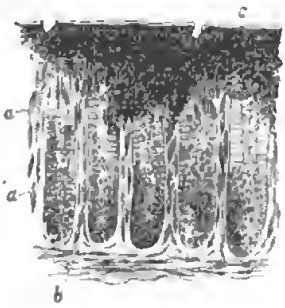


Fig. 459.

pathologiques les plus importants qui s'observent dans les glandes de l'estomac, d'après les excellentes figures du Dr Fox. Le Dr Jones a eu le grand mérite de poser les fondements de l'histoire clinique de ces lésions. Toutefois, ajoutons que les observations sont encore beaucoup trop peu nombreuses, pour en tirer parti au lit du malade, au point de vue du

(1) *Virchow's Archiv.* B. 7, p. 158, 1854.
(2) *Médico-Chir. Trans. of London.* Vol. XLI. 1858.
(3) *On Diseases of the Alimentary Canal*, p. 52, 8°, rel. 1587.

Fig. 457. Glandes gastriques dans le catarrhe chronique de l'estomac; l'aspect désagrégé de la partie supérieure tient probablement à un changement posthume. *a*, Masse de pigment; *b*, *b*, globules de graisse libres; *c*, membrane limitante épaissie; *d*, *d*, *d*, complète dégénérescence graisseuse de l'épithélium. (*Wilson Fox.*)

Fig. 458. Catarrhe chronique de l'estomac avec hypertrophie du tissu fibreux interglandulaire. La coupe a été traitée par l'acide acétique qui fait ressortir davantage les noyaux du tissu fibreux et donne un aspect nuageux à l'épithélium folliculaire. (*Wilson Fox*).

Fig. 459. Dégénérescence graisseuse affectant la couche supérieure de l'épithélium folliculaire *c*, et du tissu fibreux connectif *a*, *a*, à la surface duquel il s'est produit des érosions. *b*, Dégénérescence graisseuse de l'épithélium du tissu fibreux sous-muqueux. (*Wilson. Fox*) 340 *diam.*

diagnostic et du traitement. Pour ce qui est connu sur ce sujet, je dois renvoyer aux ouvrages qui viennent d'être cités, espérant qu'avant peu, ces recherches s'étendront par les travaux d'histologistes cliniciens, et finiront par conduire à une connaissance plus approfondie des affections dyspeptiques et organiques de cet important organe.

Voici quelques détails microscopiques destinés peut-être à contribuer à l'élucidation de ce sujet. Ils ont été recueillis chez un homme du nom de

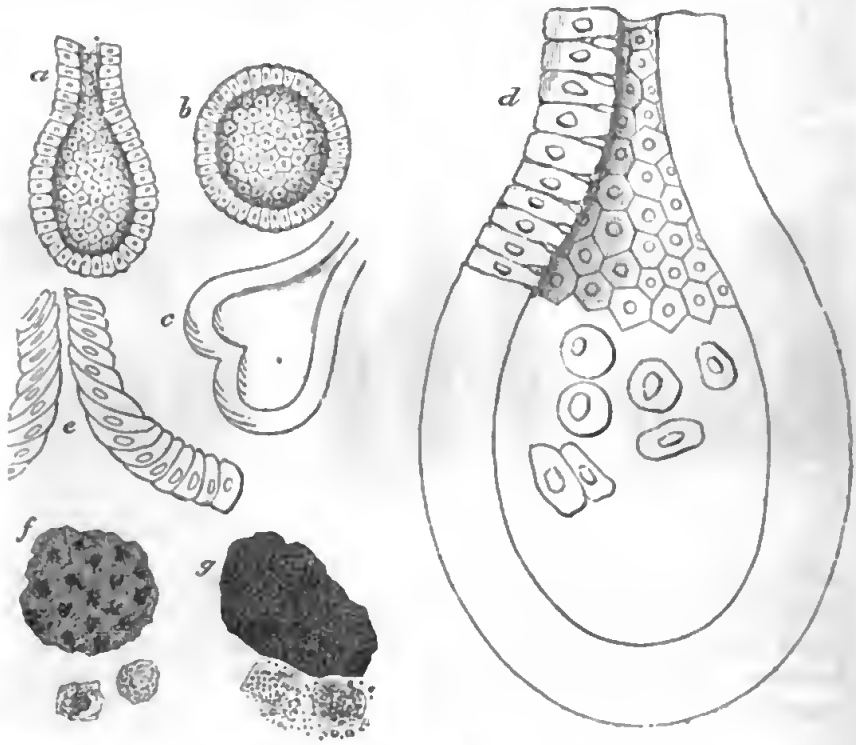


Fig. 460.

Robert Lindsay, âgé de 60 ans, qui succomba dans mon service, le 27 mars 1860. Cet homme était affecté d'une tumeur bien marquée du pylore, mais comme son histoire ni même l'aspect extérieur de la région pylo-

Fig. 460. Glandes gastriques et pyloriques hypertrophiées dans une tumeur cancroïde du pylore. *a*, Follicule hypertrophié; *b*, coupe transversale d'un follicule semblable; c, contour d'un autre follicule; *d*, le plus gros follicule observé, le contour seul est dessiné dans la plus grande partie de son étendue. Il est composé entièrement de cellules épithéliales hypertrophiées, comme on le voit à la partie supérieure du dessin. Au centre, on a représenté quelques unes des cellules isolées, répandues en grand nombre dans le champ du microscope. *e*, Fragment de follicule. Un grand nombre de fragments semblables, résultant de la direction de la coupe, se remarquaient dans le champ du microscope, ce qui se conçoit naturellement. *f*, Amas, de cellules en voie de subir la dégénérescence graisseuse. *g*, Autre amas complètement désagrégé — Les follicules présentaient des dimensions et des formes diverses intermédiaires entre *a* et *d*. Un grand nombre subissait déjà la dégénérescence graisseuse. 250 *diam.*

rique épaissie n'offrent rien de particulier, je me bornerai à l'examen microscopique.

Différentes coupes faites à l'aide du couteau de Valentin, à travers le tissu blanc épaissi et induré de la région pylorique, montrent que la tumeur est due à une hypertrophie des follicules gastriques, comme on le voit dans la fig. 460. Les cellules de quelques follicules ont subi la dégénérescence graisseuse et sont déjà remplies d'une matière moléculaire et granuleuse, où l'on ne reconnaît plus aucune structure. Ailleurs, néanmoins, bien que les follicules soient énormément distendus, comme en *d*, la structure glandulaire est parfaitement conservée.

Obs. LXXII (1). *Empoisonnement par l'acide oxalique. — Guérison.*

Commémoratif. — Thomas Clarke, 47 ans, cordonnier, est apporté à l'infirmerie le 21 mai 1859, à 9 h. 10 m. du soir, par des agents de police. Vers huit heures, cet individu a avalé pour dix centimes d'acide oxalique (20 à 25 grammes) en partie dissous dans une tasse d'eau, et en partie cristallin. Vers 8 h. 20 m. il fut amené au bureau de police, où il vomit à deux reprises et refusa de prendre un contre-poison qu'on lui présenta. On le transporta alors à l'infirmerie. Le patient a rapporté plus tard que, vers 8 h. 20 m. il commença à éprouver une sensation de brûlure au bas de l'œsophage et à l'estomac, et bientôt après survinrent les vomissements. Les matières rendues contenaient des restes de pain mangé vers 5 h. et quelques cristaux d'acide.

Symptômes a l'entrée. — Le sujet est pâle, froid, mais non couvert de sueurs; traits grippés; pupilles douteusement dilatées; pouls à 72, faible. Il se plaint d'un sentiment de brûlure aux gencives, au bas de la gorge et à l'estomac, ce dernier est en outre très douloureux à la pression. Il répond aux questions d'une façon intelligente, mais ne se prête pas à donner de renseignement. Immédiatement après son arrivée, il vomit à deux reprises, puis est pris d'un frisson qui dure environ dix minutes. On essaie de passer la pompe stomacale, mais comme cette manœuvre est extrêmement douloureuse et que le sujet a déjà eu beaucoup de vomissements, on renonce à l'emploi de l'instrument. On lui fait alors (9 h. 25 m.) avaler environ les trois quarts d'un demi litre d'eau tiède, tenant en suspension 30 grammes de craie préparée, ce qui le soulage immédiatement de la sensation de brûlure. Le liquide reste dans l'estomac une dixaine de minutes, puis est rejeté. On en fait encore avaler une nouvelle dose, et celle-ci n'est plus rendue. On dispose le patient dans un lit tout près du feu et on lui met un cruchon d'eau chaude aux pieds. A 10 h. 30 m., il est beaucoup mieux et prend environ un quart de litre de fort beef-tea, additionné de 30 grammes d'eau de vie. On lui rendra la même chose à 1 heure; lait à volonté, toute la nuit.

Marche de la maladie. — 22 *mai*. Le sujet se trouve passablement bien, seulement il se plaint d'une gêne à la gorge et à l'estomac, et aussi de faiblesse, celle-ci serait la conséquence de privations et d'une indisposition antérieure à l'empoisonnement. La langue est chargée d'un enduit épais; appétit presque nul, soif vive. Une selle a été rendue la nuit. Pouls à 60, encore faible. Les douleurs à l'estomac et des symptômes dyspeptiques persistent quelque temps, mais le sujet les avait déjà, dit-il, avant de s'empoisonner. Des poudres composées de 0,35 centigrammes de bismuth et de 0,016 milligrammes d'opium, le soulagent d'abord et finissent par le débarrasser de ces symptômes. Il sort guéri le 13 juin.

(1) Recueillie par le Dr Carter, médecin-résident.

Obs. LXXIII (1). — *Empoisonnement par l'acide sulfurique. — Guérison.*

Commémoratif. — John Calder, 3 ans, est reçu à l'infirmerie le 21 juin 1863. Cet enfant, parfaitement bien portant, venait de déjeuner, lorsque sa mère l'ayant quitté un instant, l'entendit pousser des cris aigus. Elle le trouva, tenant encore dans sa main une bouteille contenant de l'acide sulfurique ; il l'avait portée à ses lèvres et pouvait en avoir soustrait environ huit grammes ; une partie du liquide pourtant, s'était répandu sur le menton, sur la poitrine et sur les vêtements de l'enfant. On lui fit avaler de l'eau immédiatement et sa mère l'apporta au plus vite à l'Infirmerie. Elle dit qu'en route, il a rendu un liquide brunâtre, mêlé avec le lait et le pain qu'il venait de manger.

Symptômes a l'entrée. — Le médecin-résident instruit de ce qui venait d'arriver, administra immédiatement 8 grammes de carbonate de magnésie en suspension dans de l'eau, ce qui occasionna de suite des renvois gazeux abondants. Pouls à 100, faible; pâleur générale; langue d'un blanc mat, par suite de l'action de l'acide sulfurique qui a coulé également sur le menton et sur la poitrine.

Marche de la maladie. — L'enfant a été tranquille jusqu'au soir, dormant même de temps en temps. La déglutition est difficile, mais il a pu avaler à plusieurs reprises un peu de lait et de beef-tea. Une selle pâle, pultacée a été rendue. — *22 juillet.* La nuit a été agitée ; le matin, l'enfant ne semble pas souffrir beaucoup. On a donné de temps en temps, la nuit, un peu d'un mélange d'eau de chaux et de craie en poudre ; ce matin on a passé un lavement de beef-tea qui est retenu. Pouls à 145, faible. La langue, quelques points à l'intérieur de la bouche, le milieu de la lèvre inférieure et le menton, sur une largeur de deux bons centimètres, présentent des eschares. Il en existe une autre de la largeur d'une pièce de dix centimètres sur la poitrine. — *23 juillet.* L'enfant prend les aliments qu'on lui donne, mais encore avec quelque peine. La langue commence à se desquamner en quelques endroits. — *24 juillet.* Les eschares se sont séparées. — *25 juillet.* La déglutition est encore un peu gênée, mais il ne reste plus aucun autre symptôme et l'enfant est renvoyé chez ses parents.

Obs. LXXIV (1). — *Empoisonnement par du sublimé corrosif. — Guérison.*

Commémoratif. — Alexander Tweedle, 19 ans, entré le 24 mai 1861, déclare qu'il vient d'avaler par mégarde, il y a un quart d'heure, un demi verre à vin d'une bouteille sur laquelle était inscrit : poison ; cette bouteille prise pour du wisky, contenait un mélange de camphre, de térébenthine et de sublimé corrosif, devant servir à détruire des insectes. Il n'y a pas eu de vomissement.

Symptômes a l'entrée. — Le patient se plaint seulement d'une grande sécheresse et de chaleur à la gorge, et ne souffre nulle part ailleurs. On lui administre immédiatement un vomitif contenant 1 gramme 50 centigrammes de sulfate de zinc, lequel provoque bientôt le vomissement d'une quantité de liquide, exhalant une forte odeur de camphre et de térébenthine. On fait avaler ensuite six blancs d'œuf. Les réactifs à l'aide de la potasse caustique, de l'iodure de potassium, du cuivre, et du nitrate d'argent, décèlent unanimement la présence d'une grande proportion de chlorure mercurique, dans le liquide de la bouteille que le patient avait apportée avec lui. — *25 mai.* Il ne s'est plaint d'aucun symptôme sérieux ; en conséquence on le congédie.

Commentaire. — Le premier de ces trois cas d'empoisonnement par

(1) Recueillie par M. Alfred Lewis, élève du service.
(2) Recueillie par M. John Simpson, élève du service.

des substances irritantes, nous montre un individu souffrant de dyspepsie, de privations, et désespéré de n'avoir point de travail, en un mot, conduit au suicide par la misère. Le second est un enfant qui, par manque de précaution des parents, s'empare d'une bouteille d'acide sulfurique et y boit. Des vomissements l'avaient déjà en partie débarrassé, avant son arrivée à l'infirmerie, des boissons anti-acides achevèrent de neutraliser ce qui pouvait rester dans l'estomac. Circonstance heureuse, c'est que cet enfant venait de manger, car ainsi, l'acide sulfurique n'a pu agir qu'assez étendu, sur l'estomac. Enfin, notre jeune homme eut le bon esprit de chercher du secours avant que le poison eût eu le temps d'exercer son action sur l'estomac ; un vomitif énergique le débarrassa sans retard, et du blanc d'œuf fut administré pour neutraliser le restant du poison. Des mesures judicieuses et promptement appliquées ont donc, nous pouvons le dire, sauvé ces trois malades.

MALADIES DU FOIE.

Malgré l'obscurité qui enveloppe encore les fonctions du foie, les progrès de l'histologie pathologique ont contribué à nous initier à quelques uns des changements intimes qui se produisent dans certaines affections de cet organe. Bien qu'il reste encore beaucoup à faire, nous comprenons maintenant la nature de l'hypertrophie graisseuse, de la cirrhose, ainsi que de la désintégration de la texture cellulaire, consécutive à l'obstruction des conduits biliaires. Ce qu'il faudrait pour avancer dans la connaissance des affections hépatiques, c'est une comparaison attentive des changements de structure observés dans le foie après la mort, avec l'histoire clinique et les symptômes observés durant la vie. Cependant, on ne peut guère espérer d'arriver à cette connaissance, jusqu'à ce que les médecins, et particulièrement ceux qui pratiquent dans l'orient, soient devenus des histologistes sérieux. Néanmoins, dans l'état actuel de la médecine, ce sont les applications thérapeutiques à ces affections, et la portée positive de la classe de remèdes reputés cholagogues, qu'il importerait le plus de déterminer. Mais ces recherches impliquent des connaissances physiologiques, histologiques et chimiques très étendues, non moins qu'une grande habitude d'observation clinique. Toutefois, entre tous les sujets d'investigation ouverts aux jeunes savants, je n'en sais aucun, où la patience et l'exactitude, basées sur un système de recherches plutôt scientifique qu'empirique, promettent des résultats plus importants.

Obs. LXXV. — *Congestion aiguë de foie. — Hépatite. — Guérison.*

Commémoratif. — Thomas Russell, âgé de 38 ans, ouvrier dans une fabrique de gaz, entré le 26 janvier 1855, raconte qu'il y a trois semaines, après avoir fait pas mal d'excès alcooliques, il éprouva un frisson général, de la douleur dans l'hypochondre droit, en même temps que du tintement d'oreilles et un sentiment

de faiblesse. Plus tard, la douleur se fit sentir dans l'épaule droite, et il dut bientôt abandonner son ouvrage. Les camarades qui le ramenaient chez lui, observèrent qu'il avait le teint jaune. Toute la nuit, il fut très brûlant. Cependant, il retourna à sa besogne le lendemain et résista encore une quinzaine, mais non sans se trouver très-faible et sans souffrir considérablement dans le côté, ainsi que dans l'épaule. Depuis lors, il s'est vu contraint de garder le lit, et de subir un traitement consistant en révulsifs locaux et en pilules, lesquelles lui ont mis la bouche en fort mauvais état.

Symptômes a l'entrée. — Le malade se plaint de douleur dans l'hypochondre et dans l'épaule du côté droit. La douleur de l'hypochondre est permanente et augmente par la pression, elle n'est que passagère dans l'épaule. La langue est recouverte d'un enduit blanc humide; l'haleine exhale la fétidité hydrargyrique; les gencives sont douloureuses; mais l'appétit reste bon. Pas de constipation. La pression et la percussion sur la région du foie sont douloureuses. La matité hépatique mesure verticalement onze centimètres et demi. Le pouls est à 72, mou. Il y a peu de sommeil par suite de la douleur. Urines normales; pas d'ictère. Autres fonctions régulières. *Appliquer six sangsues à l'hypochondre droit, puis fomentations chaudes. Prendre chaque soir deux pilules de rhubarbe composée.*

Marche de la maladie. — 1 *février*. Les fomentations pas plus que les sangsues n'ont soulagé le malade de sa souffrance, laquelle est à cette heure aussi intense que le jour de son entrée. Il continue d'avoir des selles naturelles, mais plus foncées qu'en premier lieu. — 3 *février*. La douleur s'est dissipée peu à peu, et le malade demande sa sortie.

Obs. LXXVI (1). — *Ictère aigu. — Albuminurie. — Guérison.*

Commémoratif. — Walter Halliday, âgé de 31 ans, tailleur, entré le 6 juillet 1837, déclare avoir toujours eu des habitudes de tempérance, tout en usant parfois, mais avec modération, de boissons alcooliques. Le premier de ce mois, étant à travailler au dessous d'une fenêtre ouverte, il se sentit tout-à-coup saisi de frissons et bientôt après, d'une grande soif, de chaleur à la peau et de mal de tête. Le lendemain, il se rendit à son ouvrage, comme d'habitude, mais vers le milieu de sa journée, il fut obligé de retourner chez lui. Depuis lors, les frissons se sont reproduits de temps en temps; le malade accuse une douleur sourde à la région lombaire. Dès le second jour, la peau a pris une teinte jaune dont l'intensité augmente sans cesse. Il y a aussi eu des vomissements.

Symptômes a l'entrée. — La langue est humide et recouverte d'un enduit blanchâtre. Le malade ne fait pas de difficulté pour prendre sa nourriture et celle-ci n'occasionne aucune gêne. Pas de sensibilité ni de douleur à l'abdomen. Il ressent à la région lombaire un mal accompagné parfois d'élancements dans le côté droit, se dirigeant vers l'ombilic. Appétit diminué; constipation. A la percussion, la matité jécorale mesure dix centimètres de haut en bas. Toute la peau du corps est d'une teinte jaune foncée, pointillée de taches de purpura de la grandeur d'une tête d'épingle; cependant, elle est fraiche et moite. L'urine est très-foncée, de la couleur du vin de madère. En la chauffant, on y découvre une grande quantité d'albumine; elle contient aussi beaucoup de bile. Pouls à 88, petit et faible. Les autres organes sont sains. Pr. : *Acétate de potasse* 8 *gram.; Esprit d'éther nitrique* 14 *gram.*; *Eau* 170 *gram. M. Pour en prendre* 30 *gram. toutes les trois heures.* — 8 *juillet*. Hier, à la suite de l'administration d'une *poudre de calomel et de jalap*, il a été rendu plusieurs selles liquides d'un brun foncé.

Marche de la maladie. — 9 *juillet*. L'urine examinée au microscope se trouve

(1) Recueillie par M. W. H. Davies, élève du service.

Digitized by Google

conteur de nombreux cylindres desquammatifs, à parois délicates, où l'on distingue de grandes cellules épithéliales. L'urine est à présent plus abondante que dans le principe. Prescr. : 0,65 *centigr. de poudre de Dover; à prendre le soir, avec deux cuillerées d'une potion diaphorétique. En outre, deux pilules de rhubarbe composée, tous les soirs.* — 12 *juillet.* L'urine ainsi que la peau ont repris leur coloration normale. Le pouls, néanmoins, reste déprimé et le malade faible et languissant. Avec l'aide de bons aliments, de toniques, de vin, d'un exercice modéré, le sujet se remet peu à peu et quitte l'établissement en parfait état, le 3 août suivant.

Commentaire. — Les deux observations qui précèdent nous offrent des exemples de formes légères d'affection du foie. Quant à préciser en quoi cette affection consiste, c'est ce qui n'est nullement aisé. Dans le premier cas nous avons trouvé de la douleur, augmentant par la pression à l'hypochondre droit, et aussi à l'épaule du même côté, annoncée par un frisson et par des symptômes fébriles. La percussion décélait une légère augmentation de volume de foie. Il suffit au malade de venir passer quelques jours à l'hôpital pour être débarrassé de son mal. Les sangsues, ni les fomentations ne paraissent avoir diminué la douleur, mais le purgatif a ramené des excrétions intestinales plus naturelles. Dans le second cas, il y avait peu de douleur locale mais évidemment un trouble dans la sécrétion de la bile. La peau était fortement colorée en jaune, les selles avaient la couleur d'une boue noirâtre rappelant celle du plomb, et l'urine était sédimenteuse. Cet état de choses fut également précédé de frissons et de symptômes fébriles. Avant que le malade vint ici, on lui avait donné une salivation, et cela sans le moindre bénéfice; au contraire le mal était en voie de progrès. Sous l'influence des diurétiques et des diaphorétiques, dans le but de favoriser l'excrétion de la bile déjà absorbée, en même temps que par l'usage des purgatifs administrés dans le but de ramener le duodenum et les portions supérieures de l'intestin à un fonctionnement plus normal, le malade s'est heureusement et rapidement guéri. Le mal, dans ce cas, était-il de nature congestive ou inflammatoire, ou tenait-il des deux? c'est ce qui serait très difficile à déterminer. Quoi qu'il en soit de la nature de la lésion, son effet, dans le premier cas, se manifesta par une douleur intense, et dans le second, par une obstruction des conduits biliaires et par de l'ictère consécutif.

Dans l'ictère, la nature cherche à établir une compensation au défaut d'excrétion de la bile par la voie intestinale, en la faisant entrer en plus ou moins grande quantité dans d'autres sécrétions telles que celles des reins et de la peau, mais surtout des premiers. Dans les formes intenses de cette affection, il est fréquent de rencontrer dans l'urine, des cylindres desquammatifs des tubuli rénaux, et les cellules qu'ils contiennent sont fortement colorées par le pigment biliaire. Les changements histologiques qui s'opèrent à cette occasion dans les reins et dans la peau ont été très bien décrits et figurés par Frerichs. On trouve une accumulation de pigment jaune, brun et vert, dans les cellules des tubuli urinifères, et il n'est pas rare de voir ce pigment infiltré dans le tissu parenchymateux du rein

lui-même. Cet auteur l'a même vu prendre la forme de masses dures, semblables à du charbon, état de choses qui doit gravement entraver la fonction de l'organe. Dans la peau, la couche profonde des cellules épidermiques rondes contient un pigment granuleux, jaunâtre ou d'un brun foncé; les cellules de secrétion des glandes sudoripares sont affectées d'une façon analogue, quoique jamais aussi profonde que celles du rein (1). Des observations de ce genre indiquent toute l'importance des diuretiques et des sudorifiques dans le traitement de l'ictère, sans parler des autres moyens généralement employés dans le but de stimuler la partie supérieure du tube digestif.

Le diagnostic des causes qui produisent l'ictère a reçu une nouvelle impulsion depuis les travaux de Frerichs, de Harley et d'autres pathologistes. La jaunisse peut-être un symptôme : 1° de diverses affections du sang, comme il arrive dans les fièvres, dans les maladies du cœur, des poumons et du système nerveux; 2° d'une obstruction mécanique dans le duodenum, comme à la suite d'une accumulation de fèces dans les circonvolutions intestinales voisines, ou par des tumeurs; 3° d'une congestion hépatique occasionnée par une frayeur ou par d'autres circonstances passagères; 4° d'une obstruction des conduits biliaires dans le foie lui-même, ou du canal cholédoque; 5° de changements intimes dans le tissu hépatique. L'ictère peut donc se diviser convenablement, comme l'avait fait du reste le Dr Alison, en deux classes : l'une dépendant d'une obstruction et l'autre tenant à un manque d'élimination.

Les symptômes de cette maladie se manifestent principalement : à la peau, laquelle se colore en jaune; dans les intestins, dont les excrétions ont l'aspect de l'argile et contiennent plus ou moins de matières grasses; enfin dans les urines dont la composition chimique varie considérablement. C'est par l'analyse chimique de ce liquide, que l'on a tâché de jeter un nouveau jour sur ce qui concerne la nature de l'ictère. Mais pour atteindre un résultat par l'investigation chimique nous devons nous rappeler, en premier lieu, de quoi se compose la bile et, en second lieu, comment on reconnait les éléments qui la constituent.

Les constituants chimiques de la bile sont : 1° la biliverdine, substance verte, azotée, non cristallisable dérivée du sang; 2° deux acides : l'acide glycocholique qui, avec la soude, forme un sel cristallisable, et l'acide taurocholique qui ne cristallise pas; 3° la cholestérine, substance grasse susceptible de cristallisation; 4° une matière résineuse brune, semblable à de la poix de cordonnier; 5° du sucre; 6° des matières inorganiques consistant surtout en soude, en potasse et en fer.

Lorsque la sécrétion de la bile est suspendue, c'est-à-dire lorsque ce liquide ne se forme plus, on prétend que les acides de la bile ne se rencontrent pas dans l'urine; ne se formant plus, ils ne pénètrent point dans le sang et par conséquent ne sont point excrétés par les reins. Il faut recon-

(1) Frerichs, *Klinik der Leber Krankheiten*, 1858, pp. 107-8 et pl. 1.

naître néanmoins, qu'il serait à désirer d'être en possession de réactifs plus caractéristiques, au lit du malade, que ceux de Pettenkofer (t. I, p. 151) ou que la méthode de Hoppe. J'ai aussi fait beaucoup d'essais, mais je crains bien qu'un praticien, quelles que soient son habileté et son expérience, ne puisse guère arriver à des résultats concluants; en effet tout consiste à différencier une riche couleur brune d'une autre qui est violette, mais passant constamment de l'une à l'autre; car c'est ainsi que l'on prétend reconnaître la présence ou l'absence d'un acide sur lequel repose une conclusion aussi importante.

D'après Frerichs, l'atrophie aiguë du foie se reconnaît à la présence, dans le liquide urinaire, de la tyrosine et de la leucine, deux produits qui ne se rencontrent jamais à l'état de santé (voir pour cette réaction t. I, p. 152 et fig. 112 à 114). J'ai pris occasion de vérifier l'exactitude de ce réactif chez plusieurs malades qui sont entrés dans mes salles cliniques durant les années 1863-64, mais je n'ai réussi que dans un seul cas à obtenir des cristaux non douteux de leucine. Ici encore, je crois qu'à moins de parvenir à simplifier la méthode, il s'écoulera du temps avant qu'il soit possible d'être bien édifié sur le compte de ce nouveau signe diagnostique. Malgré toute la peine que mes assistants (1) et moi, nous nous sommes donnée récemment afin d'aboutir à des résultats utiles, par ces modes nouveaux d'investigation, les conclusions auxquelles nous sommes arrivés sont en si petit nombre et tellement incertaines que je ne crois point devoir les publier.

La vraie méthode à suivre pour approfondir ce sujet, c'est de vulgariser parmi les étudiants, les connaissances chimiques et histologiques, et de créer ainsi un nombre considérable de travailleurs, qui aient suffisamment d'habileté et de temps pour lutter, au lit du malade, avec les difficultés actuelles de semblables questions. Nous médecins, ne saurions savoir trop de gré à ceux qui ont signalé ces nouvelles sources d'informations dans des maladies jusqu'à cette heure si mystérieuses, mais qui, j'en ai le ferme espoir, finiront par céder de très importants résultats.

Obs. LXXVII (2). — *Abcès du foie, ouvert dans la cavité thoracique droite et dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal. — Pneumonie et gangrène du poumon droit. — Pneumo-thorax.*

Commémoratif. — Robert Steinkopff, âgé de 45 ans, marchand, natif de Prusse, est entré le 5 novembre 1864. Ce malade raconte qu'il a vécu dans l'aisance, il passait une grande partie de son temps à chasser et usait largement des boissons spiritueuses. Il y a un an, ayant perdu sa fortune, il se refugia en Angleterre. Contraint à vivre de privations et en proie à de grandes préoccupations, ses forces ne tardèrent point à l'abandonner. Il y a trois semaines, après avoir été exposé à l'humidité pendant un jour pluvieux, il s'est senti tout à coup saisi d'une vive douleur

(1) Je me fais un plaisir de mentionner ici tout spécialement mes ci-devant médecins-résidents, les Drs Smart et Duckworth.

(2) Recueillie par M. J. S. Torrop, élève du service.

dans les régions hypochondriaque droite et épigastrique; en même temps se manifesta une tuméfaction de l'abdomen, surtout durant la station debout; diarrhée, avec six selles quotidiennes, peu épaisses mais abondantes, le tout accompagné de beaucoup de flatuosités; accès de fièvres tous les après midi, entre 3 et 6 heures; diminution d'appétit; soif continuelle. Ces symptômes persistent encore au moment de l'admission. Cet homme vient de Leeds où il a ressenti les premiers symptômes de son mal, puis il est allé à York et à Newcastle, d'où il est venu par mer à Edimbourg, il y a huit jours. Depuis lors il s'est manifesté un peu d'œdème aux jambes.

Symptômes a l'entrée. — Langue nette, avec des fissures transversales; goût désagréable dans la bouche; appétit nul; soif. L'épigastre tuméfié rend un son tympanique à la percussion et est très douloureux à la pression. Latéralement, et dans le sens vertical, la matité jécorale est de quinze centimètres. Le bord inférieur du foie se trouve à cinq centimètres plus bas que le rebord costal et fait une saillie considérable à droite. Matité splénique normale; chaque jour il y a de trois à six selles glaireuses, mais qui ne contiennent pas de sang. Pas de dyspnée, toux légère avec expectoration peu abondante. A la face antérieure de la poitrine du côté droit, depuis la clavicule jusqu'au mamelon, on note une augmentation de la résonnance vocale et de la vibration des parois thoraciques; rien à la percussion; les bruits respiratoires sont normaux. Au dessous du mamelon, matité absolue et absence complète de bruit respiratoire et de résonnance vocale. En arrière en descendant, à partir d'une ligne horizontale qui passerait à six centimètres au-dessous de l'épine de l'omoplate, il y a également matité complète à la percussion et absence de murmure respiratoire. La percussion, dans cet endroit, cause beaucoup de douleur. Au dessus de la ligne en question, la résonnance vocale devient de la bronchophonie. Le côté gauche de la poitrine est normal. On n'entend aucun bruit de friction ni en avant ni en arrière. Cœur normal; pouls à 108, faible. Les deux jambes sont légèrement œdématiées au-dessous des genoux. Le malade dort mal la nuit et se plaint de grande faiblesse. Les urines offrent une coloration naturelle, ne contiennent pas d'albumine et ont une densité de 1015. Pr. : *Teinture de cachou* 28 *gram. Mixture de craie* 170 *gram.; une cuillerée 3 fois par jour.*

Marche de la maladie. — 8 *novembre*. On entend un bruit de friction du côté droit, immédiatement au dessus du mamelon; rien en arrière. Dépôt abondant d'urates dans les urines. Pr. : *Esprit d'éther nitrique* 8 *gram.; Solution d'acétate d'ammoniaque* 15 *gram. Eau* 170 *gram. M. Une cuillerée quatre fois par jour.* — 9 *novembre*. Bruit de friction encore plus distinct et à la même place; pour le reste, même état qu'hier. *Appliquer des cataplasmes chauds sur le côté affecté.* — 10 *novembre*. On entend distinctement de l'égophonie en arrière, du côté droit. Urines claires; pouls dépressible. — 12 *novembre*. Hier, à la visite du soir, le malade se plaignait d'une douleur atroce dans le côté droit. Pr. : *Donner* 15 *grammes de chlorodyne*. Le malade a bien dormi la nuit et se sent plus à l'aise aujourd'hui; la douleur dans le côté est moins violente. Le murmure de friction, ainsi que l'égophonie persistent. *Appliquer encore, de temps en temps, des cataplasmes chauds.* — 15 *novembre*. On entend un léger bruit de friction vis-à-vis du troisième cartilage costal, à droite; au-dessus de ce point, il y a augmentation de la résonnance de la voix et la respiration est rude. La douleur est redevenue à peu près aussi forte que précédemment. L'égophonie persiste encore. La soif est excessive; la langue est sèche et crevassée. Le pouls est à 96 faible et mou. La diarrhée est réduite, à présent, à deux évacuations par jour. Prescr.: 120 *grammes de rin; alimentation substantielle.* — 17 *novembre*. La diarrhée continue. Pouls à 110, faible. La douleur, à la partie supérieure de l'abdomen et du côté droit, est toujours excessive. Les cataplasmes ne soulagent guère. Pr. : *Reprendre la mixture de craie et de cachou, qui avait été discontinuée pendant un jour ou deux.*

— 20 *novembre*. Le sommeil, cette nuit, a été meilleur que depuis un certain temps. On n'entend plus le bruit de friction, et l'égophonie a entièrement disparu. — 22 *novembre*. Ce soir, le malade a rendu, en toussant, environ 340 grammes d'une matière rouge grumeleuse. — 23 *novembre*. Le bruit de friction s'entend de nouveau en avant, du côté droit, et se mêle à de la crépitation, lors de l'inspiration. Le pouls est à 106, faible et dépressible. Le malade continue à expectorer un liquide rouge et épais lequel, au microscope, se trouve composé de corpuscules de pus et de sang, entremêlés d'une multitude de molécules et de granules. — 26 *novembre*. Du côté droit de la poitrine, aussi bien en arrière qu'en avant, on trouve maintenant une matité complète et absence de résonnance vocale et de vibrations. La respiration s'entend comme à distance et offre un caractère tubaire. Pouls faible; langue pâle, humide et crevassée. — 27 *novembre*. Du côté du poumon, mêmes symptômes qu'hier; langue sèche; toujours beaucoup d'expectoration sanguinolente. Il y a eu du délire la nuit. Pouls très faible. — 28 *novembre*. La percussion rend un son tympanitique sur un espace d'environ la largeur d'une pièce de cinq francs, immédiatement au dessous de la clavicule droite. — 29 *novembre*. Le son tympanitique s'étend plus bas aujourd'hui. Le pouls est excessivement faible La diarrhée a cessé et l'œdème des jambes a disparu. L'urine est légèrement albumineuse. — 2 *décembre*. Le son tympanitique se fait entendre jusqu'à une distance de sept à huit centimètres au dessous de la clavicule droite. A ce même endroit, il existe aussi de la respiration tubaire. Pas de râles humides en arrière ni en avant, du côté gauche. Le malade a passé une mauvaise nuit, mais sans délire. La diarrhée a reparu et il y a trois selles par jour. La jambe droite, ainsi que le bras correspondant, sont encore en partie œdematiés. L'urine est toujours un peu albumineuse. L'expectoration sanguinolente continue. Le pouls est devenu presqu'imperceptible. Enfin, le malade s'affaisse graduellement et meurt le 5, à 4 heures du matin.

Autopsie. — Trente-trois heures après la mort.

Thorax. — Au moment ou l'on ouvre la cavité pleurale du côté droit, il s'en échappe beaucoup d'air; en même temps l'on voit soudre un pus sanguinolent, dont la quantité n'est pas inférieure à deux litres. En haut, le poumon est comprimé et tapissé d'une couche de lymphe. A sa partie inférieure, il est adhérent au diaphragme, infiltré de pus sanguinolent dans un quart du lobe inférieur et communique avec la cavité pleurale par une ouverture gangréneuse. Le poumon gauche est légèrement congestionné. Le péricarde renferme un peu de sérosité limpide. Le cœur est intact.

Abdomen. — Le foie, considérablement augmenté de volume, est adhérent au diaphragme. Au sein du lobe droit, se trouve une cavité de la dimension d'une grosse noix de coco, remplie de pus mêlé de sang et de débris du parenchyme de l'organe. Cette cavité est traversée diagonalement par une lame de substance hépatique d'environ douze millimètres d'épaisseur, mais rompue vers son milieu, comme si l'excavation était le résultat de la réunion de deux abcès primitivement séparés. Cette cavité communique avec le poumon et avec la plèvre, au moyen d'une ouverture dans le diaphragme, à travers laquelle on passerait aisément deux doigts. Elle communique en outre avec un autre abcès, situé entre le foie et le diaphragme. La destruction s'est étendue jusqu'au bord supérieur et postérieur du rein et a même produit l'ulcération d'une petite portion de sa substance corticale au côté externe. Les parois de l'abcès hépatique sont formées d'une substance indurée ayant environ 18 millimètres d'épaisseur, de couleur fauve se fondant graduellement avec la teinte naturelle du tissu hépatique. Dans aucun endroit, on ne trouve de trace d'échinocoques. La rate est volumineuse, d'aspect cireux, et pèse 370 grammes. La vésicule du fiel contient une grande quantité de bile jaune pâle. Les autres organes abdominaux sont sains.

Examen microscopique. — Le contenu des abcès du foie consiste en pus et en tissu hépatique en voie de dégradation graisseuse. La paroi hépatique épaissie est formée de fibres moléculaires fortement agrégés ensemble, mais on n'y découvre aucune trace de structure cellulaire.

Commentaire. — L'induration de la paroi de l'abcès du foie, dans ce cas, suffit à établir l'existence d'une de ces lésions à marche lente mais progressive, bien que le commémoratif ne nous la montre ne s'accompagnant d'aucun symptôme. L'apparition soudaine de la douleur abdominale et de la fièvre, environ trois semaines avant l'entrée du malade, était probablement le signal de l'irruption de l'abcès hépatique dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal. La communication avec la cavité thoracique droite s'est produite sans doute peu de temps avant l'entrée à l'hopital et a continué à faire des progrés jusqu'au 22 novembre, époque à laquelle le tissu pulmonaire lui-même ayant été entamé, la matière de l'abcès, en remontant par les bronches, a pu être expectorée en quantité considérable.

Les abcès du foie sont une affection assez rare à Edimbourg, et le cas que nous venont d'observer, dans lequel la collection purulente s'est épanchée d'abord dans le tissu cellulaire rétro-péritoneal, puis dans la cavité de la plèvre et enfin s'est frayé une voie à travers le tissu du poumon et des bronches, a présenté un caractère de gravité heureusement peu commune. Un cas assez analogue est relaté par Waring. Quant aux divers modes de terminaison de cette affection et aux statistiques des cas cités par Louis, Morehead, Waring et autres, je ne puis mieux faire que de vous renvoyer à l'excellente traduction que le Dr Murchison a donnée de l'ouvrage de Frerichs sur les maladies du foie, Vol. II. Je n'ai jamais eu l'occasion d'examiner l'inflammation suppurative du foie a son début, d'ailleurs nous connaissons encore bien peu les changements histologiques qui précédent la formation du pus dans cet organe. Virchow suppose que les éléments anatomiques nouveaux du foie ont leur origine dans la multiplication des cellules du parenchyme; à l'appui de sa théorie il donne des diagrammes hypothétiques (Pathologie cellulaire, Fig. 27, p. 54). Mais ce n'est point de cette façon que les difficultés pathologiques se résolvent. Dans un mémoire extrait des *Indian Annals of Medecine* (sans date), qui m'a été envoyé par le Dr Macnamara, il est question de la fréquence des abcès du foie à la suite de la dysenterie. Nous en donnerons l'extrait suivant : « le changement microscopique le plus marquant que j'aie découvert dans le foie des dysentériques, c'est une dégénérescence granulaire des cellules s'accompagnant, à une période plus avancée, d'un dépôt intercellulaire de matière granuleuse. Ce dépôt s'observe indifféremment lorsqu'il existe des abcès du foie, et lorsqu'il n'y en a aucune apparence. Les cellules en voie de subir cette dégénérescence ont souvent la forme d'écailles et leurs bords sont généralement déchiquetés et dilacérés. Certaines cellules ont réellement l'air d'être formées par la simple agrégation d'une matière finement granulaire sans aucune apparence de paroi cellulaire. Dans d'autres cel-

lules où la dégénérescence n'est pas aussi avancée, on reconnaît encore une paroi et un noyau, mais ce dernier semble comme étouffé par la quantité de substance granulaire déposée tout autour. Dans un grand nombre de cellules, je ne suis point parvenu, malgré toute l'attention que j'y ai mise, à découvrir la moindre apparence de noyau. Dans trois ou quatre occasions, ces cellules en train de se désagréger, m'ont semblé déposées, ou pour mieux dire disséminées au sein d'une matrice granulaire laquelle, plus d'une fois, m'a paru offrir une structure semi-fibrillaire. Cette sorte de précipité de matière moléculaire albumineuse à la fois inter et intra-cellulaire, peut être le résultat d'attaques répétées de congestion légère du foie, ou encore provenir d'un engorgement prolongé de cet organe. » D'après ce qui vient d'être dit, il semblerait qu'ici, comme dans toutes les autres inflammations, le changement primaire essentiel consisterait dans l'exsudation, entre les cellules, d'une matière moléculaire aux dépens de laquelle, sans doute, se forment les cellules de pus, bien que le Dr Macnamara ne le dise pas clairement. Les trois formes d'abcès qui se rencontrent dans le foie : abcès circonscrit, diffus et secondaire, ont été admirablement représentés dans le grand ouvrage de Cruveilhier.

En faisant des autopsies, j'ai fréquemment observé dans le foie, des masses indurées accompagnées de rides ou de cicatrices à la surface. Il n'est pas rare de trouver de ces masses ayant subi, dans une étendue plus ou moins grande, la transformation calcaire. Ce sont des restes d'exsudats anciens lesquels, au lieu de se transformer en abcès, se sont arrêtés dans leur développement; la matière organique s'est absorbée et le tout s'est condensé et induré. J'ai vu ces sortes de masses associées à des exsudats simples ou inflammatoires, comme aussi à des exsudats tuberculeux ou cancéreux. (*On Cancerous and Cancroid Growths*, 1848.) Dittrich, le premier, les a regardées comme syphilitiques (1849), et plusieurs pathologistes à sa suite, en ont parlé comme de dépôts syphilitiques. Il est sans doute commode de rattacher une lésion chronique de ce genre à une affection aussi généralement répandue que la syphilis, et cela par la raison bien simple que parmi le grand nombre de sujets atteints de cette dernière maladie, il s'en trouvera une proportion notable qui après la mort présentera cette lésion. Je ne l'ai pas moins rencontrée, et fréquemment même, chez des personnes qui n'avaient jamais eu la syphilis. D'après moi, tout ce qu'on peut avancer de positif à cet égard, c'est que ces rides et indurations sont des restes d'exsudats chroniques au sein de l'organe, exsudats qui se sont guéris spontanément. Ne trouve-t-on point également des produits morbides similaires dans les poumons, dans les reins et dans les glandes lymphatiques? Ici, non seulement on ne voit point la nécessité de les rattacher à une dyscrasie prétendue, mais cette supposition pourrait aboutir à des conséquences fâcheuses. L'honneur et les sentiments de la famille, par exemple, pourraient se trouver offensés, de ce que pour avoir rencontré un n dule de matière indurée et accompagné de rides, il faille admettre

qu'un tel homme ou une telle femme ait dû anciennement être en proie à une affection syphilitique. Des généralisations erronées dans ce genre ont trop souvent jeté le discrédit sur notre science, devant les tribunaux. Quelles conséquence déplorables ont pu résulter de l'idée qu'un corps jaune d'une certaine forme ou d'un certain aspect doive se rattacher à une grossesse ou à une parturition! Soutiendrait-on un instant si, chez une dame vertueuse et de haut rang, on trouvait après la mort, une masse d'exsudation indurée et avec des rides, que c'est là le résultat d'une maladie syphilitique? On ne saurait accepter avec trop de prudence, des généralisations pathologiques de cette nature, surtout lorsque l'on voit, dans un cas comme celui-ci, jusqu'où peut aller une hépatite chronique, et cela sans donner lieu à un seul symptôme; or, il ne saurait être douteux que, dans certains cas, le mal s'arrête à une période moins avancée et donne ainsi lieu aux nodules et aux cicatrices, rencontrés si fréquemment dans le foie après la mort. Frerichs regarde la dégénérescence circuse du foie comme un effet de la syphilis; cependant, la première affection n'a pas avec la seconde de connexion plus spéciale que n'importe quelle autre maladie de ce même organe.

Obs. LXXVIII (1). — *Arrêt d'un calcul biliaire dans le canal cholédoque. — Atrophie de la substance du foie. — Ictère. — Mort.*

Commémoratif. — Marie Duncan, âgée de 36 ans, mariée, entrée le 24 novembre 1851, a vécu quelque temps aux Indes, d'où elle est revenue seulement depuis quelques mois. Il y a trois semaines, à la suite d'une violente attaque de lombago, elle fut prise d'une vive douleur dans les régions épigastrique et hypochondriaque droite. Des frissons et un état fébrile, accompagnèrent cet accès durant trois ou quatre jours. Le mal alors se calma un peu, mais il survint un ictère, lequel n'a cessé de faire des progrès depuis lors.

Symptômes a l'entrée. — Une teinte jaune intense est repandue sur toute la surface du corps. Le pouls est à 100, plein. La langue est sèche et chargée d'un enduit brun foncé. La malade accuse un goût désagréable dans la bouche; l'appétit est mauvais, toutefois sans nausées. A la percussion, le foie présente, du côté droit, sa matité normale de dix centimètres. La pression exercée au voisinage de la vésicule du fiel y développe de la douleur. Au reste, une gêne penible et permanente s'étend à toute la face antérieure du foie et à l'épigastre. Le mal n'a pas de caractère spasmodique et n'est pas plus violent à un temps qu'à l'autre. Le ventre est habituellement resserré; la peau est chaude et sèche; l'urine, foncée comme du porter, teint le linge en jaune et prend une couleur verte, passant au rouge, par l'addition d'acide nitrique. L'abdomen est développé; mais cette femme a eu un enfant et se dit enceinte de six à sept mois. Le traitement a consisté jusqu'ici en purgatifs (*pilules de rhubarbe composées*), sangsues et fomentations sur les points douloureux à la région du foie, enfin des diuretiques : *acétate de potasse* et *esprit d'ether nitrique*.

Marche de la maladie. — 3 *décembre*. Les purgatifs ont produit des évacuations

(1) Recueillie par M. J. L. Brown, élève du service.

suffisamment colorées par de la bile. On a dû appliquer des sangsues à deux reprises et la douleur hépatique a beaucoup diminué. La malade a pris aussi de petites doses de tartrate d'antimoine et de chlorhydrate de morphine. La peau néanmoins continue d'être sèche, et sa coloration jaune est encore plus vive que le jour de l'entrée à l'hôpital. Les urines contiennent toujours beaucoup de bile. Aujourd'hui la malade a eu des vomissements et se plaint d'abattement et d'une grande langueur. Prescr. : *Continuer les diurétiques. Appliquer un vésicatoire sur la région hypochondriaque droite. Donner, toutes les heures, un des six paquets suivants : calomel* 0,25 *centigr. et opium* 0,02 *centigr.* Le mercure n'a produit aucune action physiologique, bien qu'il ait été continué, mais à plus petites doses et à intervalles plus longs, pendant plusieurs jours, indépendamment de frictions mercurielles pratiquées sur l'hypochondre droit. — 11 *décembre.* Il s'est montré un peu de diarrhée que l'on a arrêtée par une mixture calcaire aromatique. On suspend les mercuriaux. Le 13, la malade est évidemment plus mal; elle est extrêmement faible et les selles sont rendues dans le lit; la peau a pris une teinte verdâtre; le pouls est petit, à 120. Le 15, la peau à pris une couleur basanée, les selles s'échappent dans le lit, elles sont d'un vert foncé et répandent une odeur repoussante, cadavérique; prostration profonde; urines toujours bilieuses; délire tranquille la nuit; mort le 18.

Autopsie. — Trente heures après la mort.

Thorax. — Les organes thoraciques sont sains.

Abdomen. — En ouvrant l'abdomen, on voit des brides de lymphe nouvellement exsudée, unissant fermement entre elles par leur surface péritonéale la vésicule, le bord antérieur du foie et une portion de l'épiploon, sur une étendue de la grandeur de la paume de la main. En cherchant à rompre ces adhérences, on les trouve tellement solides, entre la vésicule et l'épiploon, qu'il se fait dans la première une déchirure du diamètre d'un pois, à travers laquelle il s'échappe un flot de bile d'un vert foncé. Le foie a conservé son volume normal; à l'extérieur, il est d'une couleur verte olivatre, foncée. Des coupes à travers son parenchyme montrent partout les conduits biliaires dilatés et épaissis. Quelques uns sont distendus et forment des cavités allongées de plus de douze millimètres de diamètre, toutes remplies d'une bile épaisse, d'un vert foncé. Le tissu hépatique, dans toute son étendue, est remarquablement mou, se laisse écraser sous les doigts et présente uniformément cette même teinte vert d'olive que nous avons déjà vue à sa surface. Dans le canal cholédoque, à environ douze millimètres de son extrémité duodénale, on trouve, fermement enchatonné, un calcul biliaire dur, d'un jaune clair et du volume d'une petite noisette. Au dessus et au dessous de cette concrétion, le conduit est un peu épaissi et dilaté. Nulle part ailleurs, on ne découvre d'autre calcul. L'utérus et le rectum sont adhérents et, en cherchant à les séparer, on donne issue à une demi cuillerée d'un pus jaunâtre. Le vagin est raccourci et présente un rétrécissement à environ cinq centimètres au dessus de la vulve, au point que l'on y passerait à peine une plume d'oie. A la partie postérieure du vagin, il existe une ouverture du diamètre d'un franc, à bords déchiquetés, faisant communiquer ce canal avec le rectum. A la paroi antérieure du vagin, environ douze millimètres au-dessus du clitoris, se trouve une autre ouverture arrondie un peu plus grande qu'une pièce de cinquante centimes et à travers laquelle le petit doigt peut pénétrer jusque dans la vessie. Le méat urinaire naturel est oblitéré.

Examen microscopique. — En écrasant entre deux verres, pour l'examiner au microscope, une petite parcelle du parenchyme hépatique, on y découvre une multitude de molécules graisseuses et de granules, ainsi que d'autres globules graisseux libres plus volumineux. Bon nombre de cellules semblent éclatées et

désagrégées et celles qui sont encore entières sont plus ou moins distendues par du pigment biliaire. – (Fig. 461).

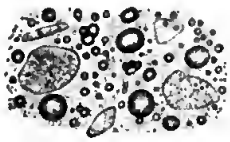


Fig. 461.

Commentaire.— Les symptômes que nous avons constatés à l'arrivée de notre malade, savoir : l'ictère, la douleur locale, les frissons et la fièvre, étaient bien les signes d'une obstruction du canal cholédoque, jointe à un travail inflammatoire en train de s'établir dans le foie ou dans son voisinage. C'est pourquoi il a été ordonné des applications locales de sangsues, suivies de fomentations chaudes. Comme le sang et l'urine étaient manifestement infestés par de la bile, on a tâché de venir en aide à l'excrétion de ce produit à l'aide de diurétiques et de purgatifs. Cependant, tous ces moyens restant inefficaces, et les symptômes généraux ne faisant que croître, on en est venu à l'administration active du mercure uni à l'opium. Ce moyen a complètement échoué sous le rapport des effets physiologiques non moins que du résultat thérapeutique. A l'autopsie, nous avons constaté de la péritonite tout autour de la vésicule du fiel et du canal cholédoque; mais la mort a été évidemment la suite d'un empoisonnement de l'économie par la résorption de la bile, son excrétion étant devenue impossible par suite de l'arrêt d'un calcul dans le canal cholédoque. Les bons effets du mercure dans ces cas, bien qu'il ait été fortement recommandé comme moyen d'altérer la constitution de la bile, sont, je l'affirme, des plus illusoires. Et effet, supposant même qu'il possède les vertus qu'on lui attribue, qu'il agisse comme altérant et cholagogue, son effet, dans l'obstruction des canaux biliaires, ne pourra aboutir qu'à les distendre davantage et, partant, qu'à augmenter la compression des cellules hépatiques. Cependant, la majorité de l'assistance ayant désiré vivement que le mercure fut essayé dans ce cas, et eu égard, d'ailleurs, à l'avis unanime des praticiens à le recommander, je ne me serais point cru autorisé à priver la malade d'une seule des chances que cet agent pouvait promettre. Toutefois, je n'ai point manqué de vous faire part de mon défaut de confiance à l'endroit de ses vertus, et l'événement n'a que trop justifié mes prévisions. Dans l'état actuel de la science et de la pratique, il n'est pas une question de thérapeutique qu'il fût plus important de soumettre sévèrement au creuset de l'expérimentation, que l'action des mercuriaux sur l'économie. Le lecteur la trouvera traitée d'une manière assez approfondie dans le rapport que nous avons fait au nom du comité d'Edimbourg, à la British Medical Association, session de 1869, à Dundee, intitulé *Researches into the Action of Mercury, Podophylline, and Taraxacum*. Les principaux résultats de cette étude ont été signalés ci-dessus, tome I, p. 435. J'ai fait l'essai, dans beaucoup de cas, de la podophylline, à titre de purgatif, et je ne lui ai trouvé que des effets très incertains, l'une fois purgeant à dose

Fig. 461. Tissu hépatique en voie de destruction, à la suite de l'obstruction des canaux biliaires. 250 *diam.*

Digitized by Google

de six centigrammes, une autre fois en exigeant jusqu'à quarante cinq. Quant à une action cholagogue, elle n'en possède aucune.

Nous avons vu dans le cas précédent, une destruction partielle des éléments cellulaires du foie et une accumulation de bile dans les cellules restées intactes. Cette lésion a été supérieurement décrite par le Dr Budd, dans le troisième chapitre de son ouvrage, où il traite de l'ictère fatal. Une question surgit naturellement ici : jusqu'à quel point la destruction des cellules hépatiques peut-elle, en empêchant la fonction sécrétoire de l'organe, ne pas amener, à la longue, cet état pathologique spécial, décrit par le Dr Alison, et dans lequel les principes biliaires ne sont plus éliminés? Il est de toute évidence, me semble-t-il, que l'ictère primitif, tel que nous venons de le voir, produit par une obstruction mécanique, est nécessairement entretenu par cette altération morbide de la structure cellulaire. Cette même désagrégation du tissu du foie, qu'elle soit ou non le résultat d'une obstruction, constitue ce que Frerichs nomme l'atrophie aiguë de cet organe.

Pour tous ceux qui ont bien suivi ce cas, il est encore instructif à un autre point de vue, je veux parler de l'état prétendu de grossesse. L'abdomen offrait assurément une certaine proéminence; toutefois, on n'a point été à la recherche de la cause de cet état, par la raison bien simple que cela n'importait en aucune façon au diagnostic ni au traitement. Lorsque la femme fut sur le point de mourir, le mari s'adressa à moi dans le but de s'assurer s'il n'y aurait pas possibilité de sauver la vie à l'enfant. Là dessus, j'eus recours aux lumières du Dr Simpson lequel, après avoir examiné la femme, déclara qu'elle n'était point enceinte. Voici donc encore un de ces exemples qui nous montrent, comment des femmes qui ont cependant eu des enfants, peuvent se tromper à l'égard d'une grossesse subséquente, et de quelle importance il peut être pour le praticien de s'assurer de la réalité ou de la non existence de semblable état. Lors de l'accouchement précédent qui se fit aux Indes, cette femme nous a appris que l'on avait employé des instruments avec lesquels elle avait été déchirée. Ce récit semble pleinement confirmé par l'existence des fistules recto et uréthro-vaginales, ainsi que par le rétrécissement remarquable du vagin, que nous venons de voir après la mort.

Obs. LXXIX (1). — *Ictère. — Compression du canal cholédoque par une tumeur cancéreuse formée par les glandes épigastriques et lombaires. — Occlusion du canal cystique. — Dilatation de la vésicule du fiel. — Cancer du pancréas. — Congestion biliaire du foie. Exsudation cancéreuse dans divers organes. — Leucocythémie légère.*

Commémoratif. — William Dodds, âgé de 23 ans, laboureur, entré le 8 décembre 1854, raconte qu'il y a quatre semaines, il a été pris d'une douleur dans le bas du ventre; en même temps se déclarait une constipation inaccoutumée.

(1) Recueillie par M. Robert Rhind, élève du service.

Quelques jours plus tard, il commença à rendre ses aliments peu d'heures après les avoir pris, les vomissements continuèrent une quinzaine de jours, puis cessèrent. Cependant, depuis quatre jours, ils ont reparu avec leur même caractère et continuent encore au moment de l'admission.

Symptômes a l'entrée. — La langue est chargée d'un enduit blanc épais; toutefois elle est humide. L'appétit est mauvais. A la suite des repas, il se développe à l'estomac un sentiment de pesanteur et de distension. Pas de flatulence, mais éructations fréquentes d'une liquide aqueux dont le goût n'est ni acide ni désagréable. Habituellement le malade vomit vers les quatre heures du matin, après quoi il éprouve un soulagement considérable. Il accuse un mal violent continuel, ainsi qu'une vive sensibilité à l'épigastre. Vers la région pylorique on sent une tumeur arrondie, laquelle mesure verticalement six bons centimètres; ses bords supérieur et inférieur sont nettement tranchés, mais on ne parvient point à déterminer ses limites latérales La matité hépatique à l'hypochondre droit est normale. Toutes les autres fonctions s'accomplissent naturellement. *Régime minutieusement réglé.*

Marche de la maladie. — 10 *décembre.* Depuis son entrée, le malade se sent beaucoup mieux et n'avait plus vomi, lorsque ce matin, vers cinq heures, il rendit une grande quantité d'une matière pultacée, brunâtre, qu'au microscope on reconnait être composée de fibres musculaires à demi digérées, de corpuscules d'amidon, de globules graisseux et de cellules épithéliales. Il existe une vive douleur et beaucoup de sensibilité à l'épigastre. *Application de huit sangsues, puis fomentations chaudes.* — 18 *décembre.* La douleur épigastrique a eu des moments de rémission, mais elle persiste encore. Les vomissements ont beaucoup diminué, ils ont même cessé durant deux jours, à la suite d'administration de glace, puis, le 16, à l'aide d'une portion narcotique. Des lavements communs ont eu raison de la constipation. Aujourd'hui, pour la première fois, on observe à la peau une teinte jaune, légère il est vrai, mais non équivoque. — 23 *décembre.* Le malade continue à ressentir de temps en temps une vive souffrance dans tout l'abdomen, c'est pourquoi on lui a fait prendre tous les soirs 2 *gram. de teinture de cannabis indica.* — Le 20 *on avait fait une nouvelle application de 6 sangsues,* mais elles n'ont produit aucun bon effet. Une forte fièvre, s'accompagnant de soif et de perte d'appétit, s'est développée. Ce qui va le mieux au malade, c'est de la *tisanade glacée et des fomentations chaudes sur l'abdomen.* Depuis hier, l'ictère a fait des progrès évidents et il continue à se prononcer encore davantage aujourd'hui. Dernièrement il est revenu des vomissements, peu de temps après chaque ingestion d'aliments. Le malade est de plus en plus amaigri, et, à travers les téguments, on distingue aisément la tumeur, à présent dure et nodulée, dont il a été parlé plus haut. Les selles ont la couleur de l'argile, et les urines sont tellement chargées de bile qu'elles ressemblent à du porter. Pouls à 120, très-faible. Prescr. : 6 *pilules d'opium, en prendre une toutes les quatre heures jusqu'à ce qu'il y ait du soulagement;* 115 *grammes de vin par jour; glace en morceaux dans la bouche. Toujours des fomentations chaudes sur l'abdomen;* 115 *gram. de fort beef-tea à injecter lentement dans le rectum.* Le malade continue nonobstant à s'affaisser de plus en plus. La peau a pris une teinte verdâtre. Le 24, il a eu un vomissement de sang, et des matières noires, semblables à du goudron, ont été rendues par le bas. De l'eau de vie et des stimulants sont largement mais vainement administrés; la mort arrive le 26 décembre.

Autopsie. — Cinquante et une heures après la mort.

Le corps est très-amaigri. Toute la surface cutanée et même tous les tissus, y compris les cartilages, sont teints en jaune verdâtre.

Thorax. — Les deux poumons sont emphysémateux en avant, surtout le gauche.

Digitized by Google

En arrière, ils sont engorgés ; à la coupe, on reconnait qu'ils sont œdémateux et renferment, dans leur parenchyme, des nodules disséminés de matière cancéreuse. Ces nodules ont une consistance caséeuse ou même beaucoup plus molle en certains endroits. Quant à leur volume il varie, depuis la grosseur d'un grain de poivre jusqu'à celle d'une petite noisette. Çà et là on voit une couche continue de matière cancéreuse entourer des tubes de l'arbre bronchique. A raison de la prédominance universelle du pigment biliaire, ces masses cancéreuses ressemblent, à s'y méprendre au premier abord, à de la matière tuberculeuse. Immédiatement sous la partie supérieure du sternum, et recouvrant l'aorte ascendante, on voit une masse de glandes lymphatiques, n'ayant pas moins de sept centimètres et demi de long sur cinq d'épaisseur, d'aspect charnu et de consistance pulpeuse, s'écrasant facilement sous les doigts, et infiltrée çà et là par un dépôt blanc jaunâtre caséeux, absolument semblable à du tubercule. Les glandes bronchiales, à la racine des poumons, sont considérablement hypertrophiées et présentent un aspect analogue. Le cœur est sain ; ses ventricules renferment du sang à demi coagulé, et les veines, du sang noir liquide.

Abdomen. — La cavité du péritoine contient environ 225 grammes d'une sérosité limpide, d'un brun foncé. Le foie pèse 1700 grammes, a une couleur d'un vert-olive clair, tournant au brun ; son tissu est mou. A la coupe, on y trouve quelques masses jaunes blanchâtres, variant depuis la grosseur d'un grain de millet jusqu'à celle d'un petit pois, et de consistance assez ferme. La vésicule du fiel se projette à plus de deux centimètres et demi au dessous du bord inférieur du foie. Elle est considérablement distendue par de la bile noire, épaisse. Le canal cystique est complétement oblitéré, un peu au dessus de sa jonction avec le conduit hépatique lequel est parfaitement libre. Le calibre du canal cholédoque est beaucoup diminué et, bien qu'on y puisse introduire une sonde, il est évidemment comprimé par une tumeur que nous allons décrire. La rate pèse 140 grammes et son tissu est normal à part une masse cancéreuse, dans son milieu, de la grosseur d'un grain de café et analogue aux noyaux que nous avons vus dans le poumon. Tout autour de l'extrémité pylorique de l'estomac et se projetant de dessous le foie, en se dirigeant vers le côté gauche, se trouve une masse conglomérée, indurée et offrant des nodosités, formée par des glandes lymphatiques hypertrophiées et cancéreuses, atteignant le volume et ayant la forme d'une noix de coco. Elle est la tumeur que, durant la vie du sujet, l'on sentait à l'épigastre. Elle comprime et oblitère complètement le canal cholédoque. L'aorte traverse le tiers gauche de cette masse, où elle est comprimée également au point que son calibre permettrait à peine l'introduction du petit doigt. A la coupe, cette masse présente un aspect qui rappelle beaucoup les pierres à pudding. Ce sont des masses d'un blanc jaunâtre, arrondies ou ovales, dont le diamètre varie depuis six millimètres jusqu'à trois centimètres et demi, et qui sont unies par du tissu aréolaire fortement condensé, d'une couleur violette foncée et parsemées çà et là de foyers sanguins extravasés. Les glandes affectées sont friables et s'écrasent facilement sous les doigts, mais ne laissent exsuder aucun suc quand on les comprime. Les glandes mésentériques, mésocoliques et lombaires sont généralement affectées de la même façon. L'extrémité droite du pancréas est convertie en une masse consistante, formée par un exsudat cancéreux. Elle est étroitement reliée avec la tumeur principale, dont elle fait en quelque sorte partie intégrante. L'estomac renferme un mucus glaireux, tenace, brunâtre, et qui est collé fortement à la surface muqueuse. La portion malade occupe environ un tiers de l'étendue de l'organe. La muqueuse qui la recouvre est d'une couleur blanche, sale, et présente une ulcération à bords déchiquetés, ramollis, dont le diamètre dépasserait celui d'une pièce d'un franc. Dans les deux autres tiers restés sains, la muqueuse est d'un rose tendre, vif, coloration due à de la congestion vasculaire. La paroi du pylore a six millimètres

d'épaisseur, ce qui tient surtout à l'hypertrophie de la couche musculaire laquelle n'a pas moins de quatre millimètres, ainsi qu'à une infiltration, dans le tissu aréolaire sous muqueux, d'un exsudat blanchâtre, concret. Les intestins, les reins et les autres organes sont sains.

Examen microscopique. — Les masses jaunes blanchâtres du poumon se composent principalement de matière moléculaire, dans laquelle un grand nombre de cellules délicates, pourvues de noyaux, paraissent se former. Dans les glandes bronchiques, la matière jaune blanchâtre contient un petit nombre de cellules cancéreuses, évidemment en voie de se détruire, et disséminées au sein d'une multitude de granules et de molécules graisseuses. Le suc exprimé de la substance charnue et pulpeuse de ces mêmes glandes contient : 1° un grand nombre de cellules à noyau, arrondies ou ovales, d'environ 0mm,025 de diamètre ; 2° une foule de cellules granuleuses de dimensions variables ; 3° une multitude de noyaux glandulaires ; 4° des corpuscules sanguins ; 5° une grande quantité de matière moléculaire. La pulpe des glandes épigastriques est constituée : 1° par de grandes cellules de cancer, dont un certain nombre renferme jusqu'à trois autres cellules ; 2° par des cellules granuleuses en très petit nombre ; 3° enfin, par une grande quantité de molécules. La proportion des globules incolores du sang est certainement augmentée. Les cellules du foie contiennent une quantité de matière biliaire qui leur donne, sous le microscope, une coloration jaune brillante.

Commentaire. — La nature de cette affection s'est révélée assez clairement, dès le principe même ; la tumeur épigastrique, la douleur et les vomissements après le repas, étaient l'indice d'une obstruction du pylore, produite par une excroissance cancéreuse. Plus tard, lorsqu'il survint de l'ictère, il devint manifeste que le canal cholédoque aussi était obstrué. Le traitement, on le pense bien, ne pouvait avoir d'autre but que de pallier les symptômes. A la simple vue, on est frappé de la ressemblance que les noyaux cancéreux du poumon et des glandes présentent avec des tubercules. Quelques personnes assistant à l'autopsie, jugeant d'après la jeunesse du malade, la friabilité et la couleur jaune de ces produits, regardaient ces glandes comme scrofuleuses, et, sans l'aide du microscope, il eut été difficile de les convaincre de leur erreur. Tous les tissus avaient une teinte jaune intense, et les cellules hépatiques étaient gorgées de bile, de sorte que la résorption de ce liquide excrémentitiel dans le sang, doit avoir été très considérable. Un point digne d'observation, c'est le développement insidieux d'une aussi grande quantité de matière cancéreuse, puisque ce ne fut que quatre semaines avant son entrée à l'hôpital que le sujet commença à s'apercevoir de son mal. Bientôt se montrèrent les effets de l'obstruction, d'abord du pylore et en second lieu du canal cholédoque : c'est aux effets combinés de cette double lésion que le malade a succombé.

Obs. LXXX (1). — *Ictère. — Tumeur cancéreuse du pancréas ayant envahi le canal cholédoque. — Dilatation de la vésicule du fiel et passage de calculs biliaires dans la vésicule. — Cancer du foie et des reins.*

Commémoratif. — John Mac Donald, âgé de 30 ans, tailleur, entré le 29 novem-

(1) Recueillie par M. Almeric Seymour, élève du service.

bre 1853, a été pris, il y a quatre semaines, d'une douleur rongeante à l'épigastre. Le 13, après avoir travaillé beaucoup plus fort que d'habitude, il retourna chez lui, épuisé de fatigue. Le lendemain, il était assoupi, n'avait pas d'appétit, et, le 27, sa peau avait pris une légère teinte jaune. Il se rendit à la consultation, dans un dispensaire; il souffrait alors d'une douleur aigue, triturante, dans l'hypochondre droit. L'étudiant qui l'examina lui conseilla de venir à l'infirmerie.

Symptômes a l'entrée. — Il n'a pas de douleur ni de difficulté à manger, bien que cela lui cause des nausées. La langue est un peu chargée et humide. Pas d'appétit, soif vive, matité hépatique verticale de neuf forts centimètres; pas de sensibilité à l'abdomen. On ne sent point de tumeur à l'épigastre. Constipation; les selles sont d'un vert foncé, mais le malade dit qu'elles ont été blanches au début de son mal. L'urine a une teinte brune foncée comme du petit porter, ce qui tient à la présence de la bile. L'ébullition n'y produit aucun changement. Le pouls est à 60, régulier. La peau est d'un jaune intense. Les autres organes sont sains et leurs fonctions s'accomplissent d'une manière normale. Prescr. *Masse pilulaire hydrargyrique et masse de rhubarbe composée, de chaque 2 grammes, pour 12 pilules. En prendre deux tous les soirs.*

Marche de la maladie. — 3 *décembre.* Les selles ont à présent une teinte plombée. Prescr. *Donner tous les soirs 0,32 centigrammes de la masse pilulaire hydrargyrique et autant d'extrait de taraxacum.* — 10 *décembre.* Le malade se plaint d'une douleur triturante dans la région du foie. Il n'a plus eu de selle depuis plusieurs jours. La teinte jaune de la peau est encore plus intense. Prescr. 0,32 *centigr. de rhubarbe composée en deux pilules, outre les autres.* — 12 *décembre.* On a donné un lavement d'assa fœtida, hier; il en est résulté une bonne évacuation, et la souffrance est beaucoup moindre. Les selles ont encore une teinte plombée. Prescr. *Suspendre les pilules, que l'on remplacera par deux des suivantes, à prendre tous les soirs.* Pr. : *Masse pilulaire de rhubarbe composée 4 gram. 25 centigr.; Huile essentielle de cannelle 5 gouttes. M. et dir. en 12 pil.* — 14 *décembre.* Le malade ne sent plus de mal, mais se trouve très faible. Les selles ont une couleur verte foncée. Même état pour le reste. Impossibilité de manger. Prescr. *Liqueur de potasse 8 gram.; Esprit d'éther nitrique 14 gram.; Infusion de gentiane composée 140 gram. M. Pour en prendre deux cuillerées à bouche, trois fois par jour.* — 17 *Décembre.* L'affaiblissement est beaucoup plus marqué. Le malade n'ingère aucune nourriture. La peau a pris une teinte d'un vert foncé. Langue sèche et recouverte d'une croûte brune foncée. Selles d'une couleur de plomb foncé. Pouls à 120, très faible. Donner 170 gram. de vin par jour. — 19 *Décembre.* On a donné largement du wisky, mais le malade continue à s'affaisser et meurt à 2 h. du matin.

Autopsie. — Trente-quatre heures après la mort.

Coloration ictérique des plus prononcée, par tout le corps et dans tous les tissus.

Thorax. — A part un peu d'emphysème des poumons, tous les organes thoraciques sont intacts.

Abdomen. — En ouvrant le duodenum, on découvre à l'embouchure du canal cholédoque une tumeur faisant saillie à l'intérieur et comprimant ce conduit. Cette excroissance a le volume d'une noix, et présente tous les caractères du squirrhe. Elle est constituée par l'extrémité droite du pancréas; le reste de cet organe est induré et contient plusieurs petits kystes remplis d'un liquide gélatineux. La portion du canal commun traversant la tumeur, a près de quatre centimètres de long, et c'est à peine si l'on parvient à y faire pénétrer une petite sonde. Derrière cette constriction, le canal cholédoque est considérablement dilaté, au point que son calibre atteint presque la grosseur du pouce. La vésicule est également très dilatée et distendue par de la bile foncée. Elle renferme de plus deux petits calculs de pigment biliaire.

Le foie pèse au delà de 1500 grammes, sa couleur est verte et le centre de ses lobules est congestionné. Les conduits biliaires sont dilatés dans toute l'étendue de sa substance; ils ne contiennent pas de calculs. Dans le parenchyme se trouvent disséminées de petites masses blanches cancéreuses, dont le volume varie depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une noisette. De semblables petites masses cancéreuses se rencontrent également dans la substance corticale des reins. Le gros et le petit intestin renferment une quantité considérable d'un sang noir mêlé à une matière féculente. Les autres organes sont sains.

Examen microscopique. — Les masses cancéreuses signalées dans le pancréas, le foie et les reins, contiennent abondamment de cellules caractéristiques. Les cellules hépatiques sont gorgées d'une bile jaune, prenant une couleur rouge cerise par l'application du réactif de Pettenkofer. Ces cellules ne sont nullement graisseuses.

Commentaire. — Il résulte d'un examen attentif du cas de cet homme, qu'il avait souffert à deux reprises de douleurs triturantes dans l'hypochondre droit, douleurs qui accompagnent communément le passage des calculs biliaires. Après la mort, nous avons vu deux de ces calculs dans la vésicule du fiel et ils ont tous les caractères ordinaires de ceux qui se forment dans le foie. Il est donc à peu près certain, que les accès de douleurs en question ont coïncidé avec le passage de ces calculs dans la réservoir biliaire; leur issue dans l'intestin aura été empêchée par la constriction du canal cholédoque, produite par la tumeur cancéreuse du pancréas.

Depuis la publication des recherches de M. Cl. Bernard sur les fonctions du pancréas, j'ai, dans un grand nombre de cas, recherché consciencieusement le passage des matières grasses dans les évacuations alvines, mais toujours en vain. Dans plusieurs cas d'ictère, comme dans celui-ci, j'ai rencontré la tête du pancréas malade, mais dans aucun, je n'ai vu les selles présenter les caractères décrits dans les observations de Bright, de Lloyd, d'Elliotson et d'autres. Il est vrai que dans le cas qui nous occupe, le canal commun n'était point absolument oblitéré, pourtant, le conduit pancréatique m'a paru tellement enveloppé dans la tumeur, qu'il était impossible au suc de cette glande de le traverser. Toutefois, il n'a point été fait d'examen anatomique à ce point de vue spécial, et nous n'avons pas le droit de supposer que la sécrétion du suc pancréatique fût entièrement abolie. Dans d'autres cas, cependant, où le canal commun était complète-obstrué (Obs. LXXVIII), ou que par suite de l'affection de la tête du pancréas, le conduit de cette glande était oblitéré (Obs. LXX et LXXIX), rien ne nous a fait soupçonner que les éléments graisseux contenus dans les aliments n'aient pas été émulsionnés. Des faits de cette nature indiquent que la fonction attribuée au pancréas, par Cl. Bernard, doit également s'accomplir aussi, dans certaines circonstances, par le canal alimentaire seul, indépendamment de cet organe.

Obs. LXXXI (1). *Hypertrophie du foie. — Ascite. — Albuminurie. — Guérison.*

Commémoratif. — David Harper, 30 ans, peintre, entre à la clinique le 18 février

(1) Recueillie par M. J. A. Douglas, élève du service.

1852. Il y a quatre mois il fut pris de diarrhée et de vomissements qui n'ont jamais cessé complètement depuis lors. Au commencement de décembre dernier, l'on constata pour la première fois une augmentation de volume du foie, et depuis lors, cet état hypertrophique n'a cessé de faire des progrès. Le malade a pris une foule de médicaments pour arrêter la diarrhée et les vomissements, mais il n'en a éprouvé que fort peu d'effet.

Symptômes a l'entrée. — On trouve que le foie s'étend, en haut, depuis deux centimètres et demi au-dessous du mamelon gauche jusqu'à près de quatre centimètres de l'épine iliaque antérieure et supérieure, en bas, ce qui donne une matité de vingt trois centimètres. A partir de ce point, on peut suivre le bord antérieur qui remonte en suivant une ligne oblique, vers la portion la plus déclive de la neuvième côte à gauche, en passant à environ deux centimètres et demi au-dessus de l'ombilic. On perçoit une fluctuation manifeste dans tout le reste de l'abdomen, ce qui indique qu'il y a ascite. Dans la région lombaire, le foie est sensible à la pression. L'abdomen mesure 108 centimètres de circonférence, dans sa partie la plus développée. La rate a conservé son volume normal. La langue est humide, légèrement chargée. Il n'y a plus eu de vomissement depuis plusieurs jours, mais la diarrhée est encore violente. Le malade dit avoir rendu du sang par les selles. La peau n'est pas jaune, mais elle est un peu sèche. Les appareils respiratoire, circulatoire, etc., fonctionnent normalement. Prescr. *Pil. d'acétate de plomb et d'opium; en prendre une trois fois par jour.*

Marche de la maladie. — 4 *mars*. Le malade a continué d'avoir de temps en temps des vomissements et de la diarrhée, symptômes que l'on a cherché à combattre au moyen de mixtures contenant du naphthe, de la morphine et de l'acide gallique. Aujourd'hui, l'urine est peu abondante et légèrement coagulable quand on la traite par la chaleur et par l'acide nitrique; sa pesanteur spécifique est de 1024. Prescr. *Acétate de potasse 4 gram.; Esprit d'ether nitrique 7 gram. 75 centigr.; Sirop d'écorces d'oranges 30 gram.; Eau 150 gram. En prendre deux cuillerées trois fois par jour.* — 12 *mars*. Aujourd'hui, l'on s'est assuré, à l'aide du microscope, que l'urine renferme un grand nombre de moules de tubuli urinifères, ainsi que des cellules épithéliales isolées, chargées de graisse et de granules. Les vomissements et la diarrhée continuent. *On prescrit un suppositoire opiacé, toutes les huit heures.* — 6 *avril*. La diarrhée s'était arrêtée quelques jours par l'emploi des suppositoires, mais elle est revenue peu à peu, et elle est actuellement très forte; il y a eu douze selles hier. L'urine continue à être coagulable et contient toujours beaucoup de cylindres de desquammation et de tubuli graisseux; sa pesanteur spécifique est descendue à 1007. Il y a maintenant une profonde débilité, parfois même de la stupeur et de l'assoupissement. — 12 *mai*. L'assoupissement a disparu. Pendant ces derniers jours, le malade a pris 4 grammes de bitartrate de potasse dans une mixture d'acétate de potasse et d'éther nitrique, aussi, la quantité d'urine est augmentée et elle ne contient plus de moules tubulaires. L'abdomen est moins tendu. Vers le milieu de mai, la diarrhée et les vomissements se sont apaisés d'abord, pour cesser bientôt après. En août, la santé du malade s'était tellement améliorée qu'on lui permit de quitter la maison pour aller prendre l'air et de l'exercice. Le 13 *septembre*, il est rentré ayant joui entre temps d'une santé passable, bien que l'intumescence du foie fût toujours à peu près au même point. On lui prescrit les pilules suivants : *Proto-iodure de mercure* 0,37 *centigr. Poudre d'opium* 0,12 *centigr. Extrait de Taraxacum* 2 *gram. Conserve de roses* 0,30 *centigr. Pour* 20 *pil.: En prendre trois par jour.* A la dernière de ces pilules il se manifesta de la salivation; on les discontinua en conséquence, et on prescrivit un collutoire astringent. L'abdomen, mesure aujourd'hui 91 centimètres dans sa plus grande circonférence. — 23 *octobre*. Le malade se plaint d'oppression en marchant, et de douleurs lancinantes dans la poitrine et

l'abdomen. On dirait que l'ascite prend de nouveau du développement. On fait *badigeonner toute la peau de l'abdomen à la teinture d'iode.* — 21 *novembre.* Depuis la date précédente, le foie a considérablement diminué de volume et toute souffrance a disparu. Les urines présentent encore un léger nuage d'albumine, quand on les traite par la chaleur ou par l'acide nitrique, mais la quantité qui en est rendue est normale. — 13 *décembre.* Le foie, à présent, est si bien diminué de volume, que son bord inférieur ne dépasse que de cinq centimètres les fausses côtes en avant, et seulement de deux centimètres et demi, du côté droit. Toutes les fonctions semblent revenues à leur état naturel; les urines sont normales, et le malade paraît entièrement rétabli. Il est congédié.

Commentaire. — L'ampliation du foie que nous avons constatée chez cet homme, était due vraisemblablement à une hypertrophie simple; la pression de l'organe sur les grosses veines abdominales était la cause de l'ascite. Il est digne de remarque d'avoir noté une résolution si sensible à la suite de l'application locale de teinture d'iode, lorsque l'affection avait résisté au mercure et à divers autres remèdes. Une complication qui nous avait paru formidable, c'était le développement d'une maladie de Bright et la présence d'un grand nombre de moules de desquamination des tubuli uriniféres, plus ou moins infiltrés de graisse; le tout coïncidant avec l'apparition d'albumine et une diminution de densité de ce liquide. Heureusement aussi, sous l'influence de diurétiques énergiques, les symptômes rénaux ont cédé, la desquamination morbide a cessé et l'urine est redevenue parfaitement normale. Depuis sa sortie, plusieurs élèves ont vu cet homme se promenant dans les rues, et il leur a dit qu'il se porte parfaitement et qu'il est en état de vaquer à ses occupations sans éprouver aucune gêne.

Obs. LXXXII (1). — *Hypertrophie graisseuse du foie.*

Commémoratif. — James Grant, âgé de 29 ans, forgeron, entré le 14 octobre 1851. Son occupation consiste à surveiller une machine qui marche par vapeur, dans une pièce où la température est fort élevée. Son travail n'est pas bien lourd, seulement il doit rester debout. Il absorbe en outre des quantités considérables de wisky. Depuis le mois de septembre 1849, il a séjourné, à trois reprises, à l'infirmerie et en est sorti chaque fois considérablement soulagé. Son foie a commencé, il y a deux ans, à prendre du volume, et a toujours été en augmentant, bien que très lentement, depuis cette époque.

Symptômes a l'entrée. — Le malade a une légère diarrhée; depuis plusieurs semaines, il a chaque jour deux ou trois selles. Il éprouve en outre une douleur sourde, accompagnée de pesanteur, dans l'abdomen et jusque dans la région lombaire. Le ventre est manifestement amplifié dans sa partie supérieure, où l'on sent une tumeur résistante faisant saillie à la région épigastrique. A cet endroit, l'abdomen mesure 86 centimètres de pourtour, pendant l'expiration. La matité hépatique s'étend à partir de cinq centimètres au dessous de mamelon droit, jusqu'à une ligne transversale tirée à deux centimètres et demi au-dessus de l'épine iliaque supérieure. Toute la région hypochondriaque droite et une partie de la gauche ne donnent qu'un son mat à la percussion. L'estomac rend un son tympanitique

(1) Recueillie par M. W. M. Calder, élève du service.

en avant, étant propulsé dans cette direction par le foie augmenté de volume, derrière lui. La surface de la tumeur est partout égale et ne présente aucune sensibilité morbide. La matité splénique est de quatorze centimètres, dans le sens vertical. La peau est sèche ; pas d'œdème aux jambes ; aspect général pâle et cachectique. Il y a parfois des envies fréquentes d'uriner, mais le liquide rendu a toujours présenté ses caractères normaux. Le malade est hors d'haleine pour le moindre exercice, cependant les poumons et le cœur paraissent tout à fait sains. Les autres fonctions s'accomplissent bien. On prescrit une potion *à l'iodure de potassium ;* le malade prendra la valeur de 0,40 centigr. du sel, trois fois par jour. En même temps on emploie aussi des frictions avec un onguent ioduré.

Marche de la maladie. — Vers la fin d'octobre, les évacuations commencèrent à redevenir régulières, et la santé générale à s'améliorer. Alors survinrent des envies fréquentes d'uriner, avec émission de pus dans les urines, mais ces symptomes ne durèrent que peu de jours. A partir de ce moment, bien que le volume du foie n'ait subi aucune diminution, les forces sont revenues graduellement. Parfois le relâchement intestinal a eu des velléités de retour, mais on a pris soin d'y porter remède par des moyens appropriés. Enfin la difficulté de respirer à la suite de l'exercice, a disparu lentement, et le patient, considérablement amendé, put être congédié le 26 janvier 1852.

Commentaire. — C'est Mr Bowman qui, le premier, a démontré que le foie gras dépend de la secrétion d'une grande quantité de matière huileuse, amassée dans les cellules hépatiques. Ces cellules, dans ce cas, deviennent généralement plus volumineuses, et contiennent une quantité d'huile variable, depuis quelques granules jusqu'à de larges gouttes, qui finissent par en former tout le contenu. Il n'est pas rare de rencontrer des foies en apparence parfaitement sains et que, si on les examine au microscope, on trouve infiltrés d'un nombre inaccoutumé de granules graisseux. Toutefois, il n'est pas douteux que, sous ce rapport, il puisse exister des variations considérables, parfaitement compatibles avec l'état de santé. Presque tous les animaux renfermés dans les étables et qui ne travaillent point, ont une grande quantité de graisse dans leurs cellules hépatiques. C'est seulement quand l'organe est beaucoup augmenté de volume, altéré dans sa couleur, et presse sur les viscères voisins, que la dégénérescence graisseuse peut être considérée comme une entrave au processus vital.

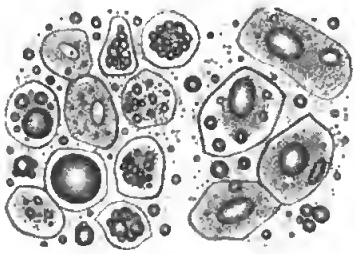


Fig. 462.

On a observé que la dégénérescence graisseuse du foie est une altération très commune chez les ivrognes qui absorbent constamment des liquides alcooliques. Sur 13 individus morts du delirium tremens, 6 avaient le foie gras; 3 offraient un commencement de cette lésion, 2 en étaient tout-à-fait exempts et les 2

Fig 462. Cellules hépathiques à divers degrés de dégénérescence graisseuse. A droite de la figure on voit des cellules qui renferment aussi du pigment jaune granulaire. Cette préparation provient d'un foie atteint de cirrhose.

restant étaient atteints de cirrhose (Frerichs). Dans ces cas, la quantité de carbone introduite sous forme de spiritueux, se trouvant excéder ce que les poumons peuvent en excréter sous forme d'acide carbonique et le foie sous forme de bile, s'amasse dans ce dernier organe à l'état de graisse. Dans les pays chauds, ce même état pathologique se produit dans d'autres conditions. L'élévation de la température, jointe à la raréfaction de l'air, éloigne des exercices corporels; de plus, les Européens, au lieu de se conformer au régime simple des naturels du pays, continuent trop souvent à se nourrir de la même manière que dans leur contrée natale. Cependant, le pouvoir excréteur des poumons se trouvant encore amoindri, l'excès de carbone contenu dans les aliments et dans les tissus, se rejette sur le foie, où il se convertit en graisse. Le Dr Macnamara (1) a observé que dans le premier régiment des Fusiliers européens du Bengale, la mortalité, dans l'espace de 7 ans, a été de 11 pour cent parmi les officiers et s'est élevée jusqu'à 80 parmi les soldats, de sorte qu'au bout de dix ans, le régiment était entièrement renouvelé. Considérant que la plupart de ces hommes étaient jeunes, bien portants et vigoureux, au moment de quitter leurs foyers, et eu égard encore à d'autres circonstances, il attribue cette effrayante mortalité à une nourriture trop abondante, aux excès alcooliques et à des habitudes d'oisivité, toutes causes qui amènent la dégénérescence graisseuse des tissus.

Il ne sera point hors de propos de signaler ici la manière dont se produisent les foies gras de Strasbourg. Les oies sont renfermées dans des cages closes, dans une atmosphère chaude, et pourvues abondamment de nourriture. Le manque d'exercice ainsi que la chaleur diminuent les fonctions respiratoires, ce qui amène le trouble de la fonction du foie; il en résulte une augmentation de volume de cet organe, par suite d'une accumulation de graisse. Dans le cas dont nous venons de nous occuper, la cause de la maladie semble avoir été exactement la même. Notre homme se tient en place, surveillant une machine à vapeur, dans une température élevée, consommant sa quantité d'aliments accoutumés, et de plus s'adonnant aux boissons alcooliques. C'est chose commune aussi, de rencontrer le foie gras dans la phthisie pulmonaire; ici, la fonction excrétoire du poumon s'est trouvée plus ou moins entravée, et les matières carbonées n'étant plus séparées comme de coutume par cet organe, vont s'accumuler dans le foie sous forme de graisse. Cette affection hépatique s'observe spécialement chez ces phthisiques qui, tout en étant capables d'assimiler une certaine quantité de nourriture, sont empêchés de prendre de l'exercice, par suite de leur état de langueur, du défaut d'haleine, ou pour tout autre motif. D'après Frerichs, sur 117 cas de tuberculose pulmonaire examinés après la mort, il y en avait 17 qui présentaient le foie gras au plus haut degré et 62 autres où les cellules hépatiques étaient surchargées de globules huileux. Par contre, dans les autres affections

(1) *Indian Annals of Medical Science*, 1855, p. 179.

des organes pulmonaires, ce même auteur a rarement rencontré des foies gras.

Cette manière d'envisager la pathologie de la dégénérescence graisseuse du foie a rencontré des objections ; on a dit : 1° qu'il n'y a point un rapport général entre le foie graisseux et l'affection pulmonaire ; 2° qu'il n'est pas démontré que le foie n'excrète point de la bile comme à l'ordinaire, et, 3° que puisqu'une portion considérable de bile est résorbée dans le sang pour être excrétée par la voie des poumons, on doit considérer le foie comme préparant les matériaux à ces organes. On ajoute que ce serait une étrange compensation que les fonctions du foie eussent à augmenter lorsque celles des poumons sont diminuées par la maladie (Budd). Mais si l'on ne voit pas toujours le foie gras accompagnant une affection pulmonaire, on trouve cette affection associée à quelque circonstance qui amoindrit la fonction de cet organe eu égard au travail qui lui est dévolu ; exemple, la diminution de l'exercice et la grande chaleur sous les climats tropicaux. Au reste, admettant quo le foie en santé, prépare les matières carbonées pour l'excrétion pulmonaire, il est évident que si les poumons ne sont plus en état de remplir cet office, ces matières doivent être rejetées en arrière ou retenues dans le foie, constituant ainsi une cause puissante de dégénérescence graisseuse de cet organe. En somme, nous devons donc considérer l'excès de matières carbonées dans l'économie et la diminution du fonctionnement pulmonaire, comme les causes principales de la dégénérescence graisseuse du foie. Cette théorie a du reste le mérite de nous indiquer comme moyens de traitement, une certaine restriction dans le régime, un climat tempéré, un exercice approprié et en même temps tout ce qui est propre à activer les fonctions des poumons et de la peau.

Il est une autre altération structurale du foie, laquelle, à cause de sa couleur et de sa ressemblance générale avec la cire des abeilles, a été désignée sous les noms de dégénérescence cireuse ou lardacée du foie. Cette affection a été confondue avec la dégénérescence graisseuse, mais il suffit d'un simple examen de la structure intime de l'organe pour être convaincu de la différence de caractère que présentent les cellules hépatiques dans ces deux états. Au lieu d'avoir augmenté de volume et d'être plus ou moins remplies de globules huileux, elles sont décolorées, ratatinées, en grande partie privées de contenu, et leur noyau disparaît (voir fig. 356). Nous avons précédemment étudié cette lésion comme une des formes de la dégénérescence albumineuse (voir t. I, p. 321). Nous renvoyons son histoire clinique au chapitre Phthisie (voir l'observation de Margaret Clark).

Obs. LXXXIII. *Cirrhose avec atrophie du foie. — Ascite.*

Commémoratif. — John Harper, 28 ans, fermier à Caithness, est entré le

(1) Recueillie par M. John Matthews, élève du service.

24 juin 1852. Il y a six ans, à la suite de la rougeole, sa santé a été fortement ébranlée. Profondément affaibli, il transpirait à profusion la nuit, ou toutes les fois qu'il faisait un exercice inaccoutumé. Un peu plus tard, il fut exposé au froid et à l'humidité ; il ne tarda point à observer que son ventre grossissait peu à peu ; en même temps, il lui survenait de la dyspnée. A deux reprises, on fit la paracentèse de l'abdomen et l'on retira, la première fois, plus d'un litre et la seconde un demi litre de liquide, mais sans produire beaucoup de soulagement. Par moments, le malade ressentait une vive douleur à la région épigastrique ; en dernier lieu l'appétit a beaucoup diminué et il est survenu de la constipation.

Symptômes a l'entrée. — L'abdomen est légèrement tuméfié et renferme évidemment du liquide. Il mesure 99 centimètres de pourtour, au niveau de l'ombilic ; point d'anasarque. La matité hépatique verticale mesure moins de huit centimètres et commence à cinq centimètres au-dessous du mamelon. La langue est chargée, l'appetit diminué ; pas de douleur ni de malaise ; selles irrégulières ; actuellement, constipation. Il existe un peu de matité à la percussion au-dessous de la clavicule droite ; l'inspiration est rude et l'expiration prolongée. Augmentation de la résonnance vocale ; urines peu abondantes, laissant déposer des urates. Les autres fonctions s'accomplissent bien, au reste cet homme paraît fort et la nutrition semble se faire convenablement.

Marche de la maladie. — Le traitement consiste en durétiques (*Esprit d'ether nitrique et teinture de digitale*) et en sudorifiques (*Poudre de Dover*) ; mais le sujet s'accommodant assez mal de sa reclusion à l'hôpital, si en opposition avec ses habitudes actives, insiste pour partir et nous quitte le 6 juillet.

Commentaire. — La diminution de l'étendue de la matité hépatique, l'ascite et la nature chronique de la maladie, nous ont fait diagnostiquer une cirrhose du foie. Cette lésion pathologique consiste dans la formation de tissu fibreux entre les lobules hépatiques, comprimant ainsi et finissant par atrophier les cellules chargées de la secrétion. Plus tard, les gros troncs veineux sont comprimés à leur tour, et leurs ramifications sont tellement engorgées ou congestionnées, qu'il en résulte un épanchement ou hydropisie dans la cavité du péritoine. Malgré l'étendue des lésions organiques que l'on observe souvent dans cette affection, les conséquences les plus redoutables ne tiennent pas tant à la lésion première qu'à l'ascite, laquelle, en distendant le ventre et comprimant les poumons et le foie, entrave le jeu de ces organes si importants, et finit même par amener la mort.

Obs. LXXXIV (1). *Cirrhose avec augmentation de volume du foie. — Hypertrophie de la rate. — Leucocythémie légère. — Ictère. — Rétrécissement de la crosse et de l'aorte descendante.*

Commémoratif. — James Kerr, 28 ans, ouvrier, entré le 22 juillet 1852, a commencé par avoir la jaunisse, il y a quatre ou cinq ans, et bientôt après, son abdomen se gonfla. Depuis lors, il a séjourné à diverses reprises à l'Infirmerie. On lui a donné des altérants à l'intérieur ; de temps en temps on a fait des applications locales de teinture d'iode, de vésicatoires et de sangsues. Le gonflement du ventre a nonobstant continué à faire des progrès très-lents, mais au point que depuis

(1) Recueillie par MM. Douglas et Dewar, élèves du service.

deux ans, il est hors d'état de travailler. Pendant un certain temps, le sang contint de la fibrine en excès et il y avait une augmentation légère du nombre des globules blancs. Parfois le mal s'est compliqué d'épistaxis et de diarrhée. Depuis deux ans, il existe un accroissement de l'impulsion cardiaque et un bruit de souffle rude qui s'entend principalement avec le premier bruit, sous la poignée du sternum.

Symptômes a l'entrée. — La matité hépatique commence à deux centimètres et demi au-dessous du mamelon droit et s'étend jusqu'à l'ombilic. Elle mesure ainsi trente centimètres dans le sens vertical. La matité correspondant à la rate s'étend du bord inférieur de la cinquième côte, jusqu'à une ligne transversale qui passerait à deux centimètres et demi plus bas que l'ombilic, et mesure vingt centimètres dans le sens vertical. Le foie fait une saillie en avant, et cette saillie forme une sorte de crête de dix centimètres de largeur, partant de l'épigastre et se dirigeant en arrière vers les fausses côtes. Au point le plus culminant, l'abdomen mesure 106 centimètres de circonférence. A travers les parois du ventre, on sent distinctement le bord inférieur de la rate et du foie. Le cœur fonctionne bien et les bruits sont normaux. A la racine du cou, on remarque des pulsations inaccoutumées, que l'on peut sentir au-dessus des clavicules et derrière la fourchette du sternum ; on y entend un fort bruit rapeux correspondant avec la systole du cœur et s'accompagnant d'une impulsion manifeste. Il existe un peu de toux ainsi qu'une légère expectoration muqueuse; mais l'auscultation, ni la percussion ne révèlent rien d'anormal dans les poumons. L'urine est plutôt diminuée de quantité, foncée en couleur, offrant une pesanteur spécifique de 1026 ; elle contient en outre un peu de matière de la bile, et dépose, par le refroidissement, un sédiment rosé assez abondant, formé par des urates. Les téguments et la conjonctive ont encore une légère teinte jaune ictérique. Il existe une vive sensibilité à la région du foie, dans l'hypochondre droit. Le malade a généralement une épistaxis toutes les semaines. Il a des selles tous les jours, sans diarrhée. Quand il s'est promené ou à la suite d'un exercice inaccoutumé, les jambes s'enflent. Le sang examiné au microscrope ne présente plus autant de globules blancs que lors de son dernier séjour dans l'établissement. On prescrit une application de *quatre sangsues à l'hypochondre droit.*

Marche de la maladie. — Au mois d'août, cet homme a quitté la maison. Il y est rentré le 9 novembre après avoir été atteint, dans l'intervalle, d'une pleurésie du côté droit. En dernier lieu, il séjourna à l'hôpital de Dundee ; il rapporte, qu'il y a cinq semaines, il rendit avec les selles une quantité considérable d'une matière grumeleuse, noire. Pour le reste, il est toujours à peu près dans le même état. — 11 *nov.* Il a vomi environ 250 à 280 grammes de sang. — 29 *nov.* L'hématémèse s'est reproduite hier après midi avec une grande violence et, à diverses reprises, il a rendu 3700 grammes de sang. Les forces ont diminué en conséquence; le pouls est large, à 104. Le gonflement de l'abdomen et les symptômes aortiques sont restés les mêmes, mais la respiration est laborieuse, il y a de la dyspnée la nuit, beaucoup de toux avec expectoration muco-purulente. La percussion ne révèle point de matité, mais, à l'auscultation, on entend des râles sibilants et sonores à la base du poumon droit. A partir de ce moment, l'état général du malade va s'empirant. En premier lieu il survint de l'ascite, puis de l'œdème aux jambes et enfin une anasarque générale. La dyspnée est de plus en plus pénible et s'accompagne d'un sentiment d'oppression dans la poitrine; parfois un peu de sang est encore rendu. Le 21 *déc.*, il se produit de nouveau une forte hématémèse ; les selles même contiennent du sang et la diarrhée achève d'épuiser le malade qui succombe le 25 décembre.

Autopsie. — Cinquante-trois heures après la mort.

Le corps présente une anasarque générale.

Thorax. — On trouve de vastes adhérences chroniques entre les plèvres du côté

droit ; à gauche, la cavité pleurale contient environ 110 grammes de sérosité. Il y a de l'œdème pulmonaire et, de plus, un léger emphysème de la partie antérieure du poumon gauche. En arrière, les deux poumons sont congestionnés et çà et là hépatisés. La portion ascendante de la crosse de l'aorte offre ses dimensions normales, mais ses portions transversale et descendante, de même que l'aorte descendante en général, présentent un calibre tellement petit que c'est à peine si l'on peut y introduire le petit doigt. Cependant les tuniques vasculaires sont intactes, seulement, par suite de cette coarction, il s'est formé une poche immédiatement au-dessus des valvules sigmoïdes. Le péricarde contient environ 60 grammes de sérosité. Le cœur est sain.

Abdomen. — La cavité péritonéale renferme à peu près 560 grammes de sérosité. L'estomac est à moitié rempli d'un sang noir brunâtre, avec des caillots mous La muqueuse est saine. Les glandes de Brunner sont notablement hypertrophiées et offrent le volume de grains de millet. Les intestins sont intacts dans toute leur étendue. Les glandes mésentériques sont un peu plus grosses que d'habitude. Le foie pèse 1110 grammes, il présente partout une teinte de gomme-gutte pâle, avec des taches d'une couleur d'ocre plus foncée, dues à des masses arrondies du volume d'un pois. Il se laisse inciser avec difficulté, et les coupes fraîches présentent une structure fibreuse, dense, d'un jaune blanchâtre. Les lobules atrophiés paraissent comme enchassés dans le stroma de l'organe ; leur coloration varie du jaune au blanc. C'est, en un mot, le dernier degré de la cirrhose. La rate pèse au-delà de 1500 grammes, mais est simplement hypertrophiée. Les reins, le larynx, l'œsophage et les autres organes sont intacts.

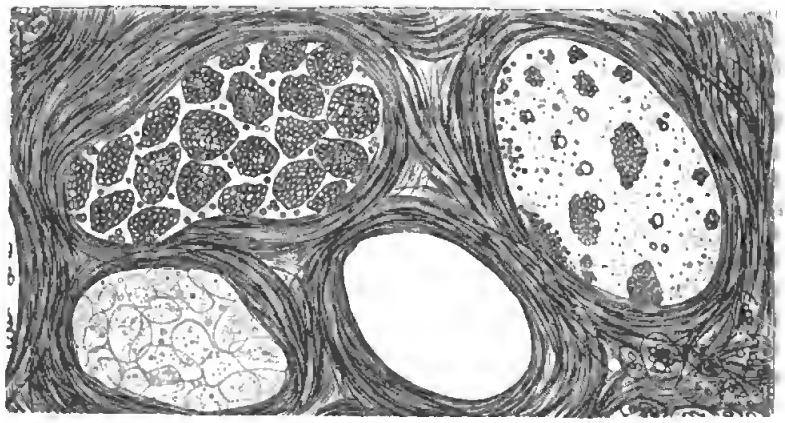


Fig. 463.

Examen microscopique. Une mince coupe, pratiquée dans le tissu hépatique, à l'aide du couteau de Valentin, offre, à un grossissement de 250 diamètres, l'aspect représenté dans la figure 463. Le stroma de l'organe est composé de substance fibreuse qui entoure et comprime les lobules hépatiques. Un grand nombre de ces derniers présente des cellules pâles, plus ou moins remplies d'un pigment jaune. Dans quelques lobules, les cellules sont plus ou moins graisseuses, dans d'autres, elles sont cireuses; çà et là, il existe des espaces vides dont le contenu primitif a perdu apparemment sa cohésion, ou bien a été emporté par le couteau.

Commentaire. — Nous avions diagnostiqué, durant la vie de cet

Fig. 463. Structure d'une mince coupe du foie dans le dernier degré de la cirrhose. 250 *diam.*

homme, une hypertrophie simple du foie, affection fréquemment associée avec celle de la rate et avec un excès de globules incolores dans le sang. A l'autopsie, nous avons reconnu tous les caractères structuraux du dernier degré de la cirrhose et, avec cela, une notable augmentation de volume du foie. Le tissu fibreux est surtout très abondant et comprime les lobules; ceux-ci, par suite, se sont altérés ; la plupart des cellules sont chargées de pigment, quelques-unes ont subi la dégénérescence graisseuse et d'autres la dégénérescence cireuse. La cirrhose doit avoir fait obstacle à la parfaite excrétion de la bile, car l'ictère bien que léger, était général et durait depuis plus de quatre ans. Nous avons vu aussi des épistaxis, de l'hématémèse et une diarrhée obstinée, tous symptômes qu'il est fréquent de rencontrer avec les hypertrophies du foie et de la rate. Ils dépendent probablement d'un état de congestion de la membrane muqueuse gastro-intestinale, produite par la pression exercée sur le système de la veine porte. Longtemps le malade a été sans souffrir aucunement du développement de son abdomen, à part la gêne occasionnée par son volume et parfois un peu de sensibilité passagère, à moins qu'on ne veuille y rattacher la dyspnée que nous avions attribuée en grande partie à une dilatation anévrysmale de la crosse de l'aorte. Au fait, il y avait bien une dilatation, mais il existait aussi une certaine obstruction résultant de la conformation anatomique décrite tout à l'heure, et qui était suffisante pour produire tous les signes physiques et les symptômes fonctionnels d'un anévrysme de l'aorte. L'origine des hémorrhagies excessives dont nous avons été témoins, reste entourée de mystère, car l'examen le plus minutieux ne nous a permis de découvrir aucune lésion de vaisseau ni de la membrane muqueuse digestive. Il y a quelques années, je fis l'autopsie d'un individu dont l'estomac était rempli par un caillot sanguin solide, au point que l'organe ouvert put être retourné complètement et laissa un véritable moule de sa cavité, formé par le caillot; celui-ci pouvait peser de 800 à 1000 grammes. Néanmoins, l'inspection la plus minutieuse ne me permit point de découvrir la moindre lésion, à laquelle on eût pu rapporter une hémorrhagie aussi considérable. Cette lésion, pourtant, doit avoir existé; car on ne conçoit point comment les globules sanguins pourraient transsuder à travers les parois vasculaires, ainsi qu'on l'avait imaginé anciennement. Il est permis, théoriquement, me semble-t-il, de rapporter ces extravasations à une congestion excessive et à la rupture de capillaires, échappant à un examen posthume. Un autre fait digne d'observation, dans le cas dont nous venons de nous occuper, c'est que l'excès des globules blancs du sang (leucocythémie), que nous avons constaté lorsque ce malade est entré dans nos salles, avait entièrement disparu durant les derniers mois de sa vie.

Le traitement de la cirrhose ne saurait être que purement palliatif, et doit être institué dans le but de diminuer l'ascite au moyen des diurétiques et des sudorifiques. La question d'extraire le liquide en pratiquant la paracentèse, pourra se présenter dans les cas où le développement du

ventre serait très considérable et qu'il en résulterait un embarras extrême des organes pulmonaires et rénaux. Toutefois, bien que l'on puisse obtenir par cette opération un soulagement temporaire, tout porte à faire admettre que, dans le plus grand nombre des cas, la vie n'est aucunement prolongée.

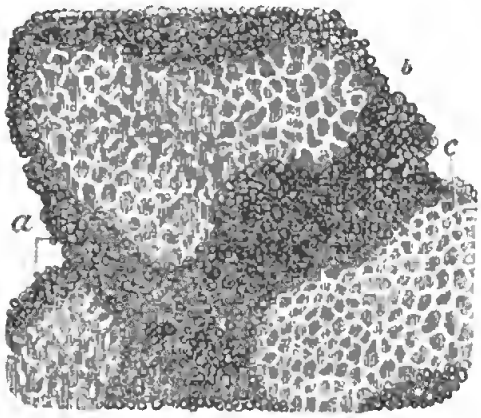


Fig. 464.

En 1859, chez un homme du nom de Stewart, qui souffrait beaucoup d'une semblable distension, j'ordonnai de pratiquer cette opération, laquelle fut suivie de péritonite et de mort. A l'autopsie, on trouva toute la surface du foie extrêmement rugueuse, ce qui était l'effet d'une cirrhose, dite en tête de clou (*hob-nailed cirrhosis*). Je ne serais pas éloigné d'admettre que cette péritonite pût avoir été occasionnée par le contact de cette surface raboteuse avec le péritoine de la paroi opposée, à la suite de l'évacuation du liquide, et que l'inflammation ait pu être la conséquence des frictions inévitables produites par les mouvements respiratoires. Quoi qu'il en soit de cette supposition, je me suis contenté depuis lors, dans les cas extrêmes, d'extraire de l'abdomen la moitié du liquide qui s'y trouvait renfermé, et cette manière de faire m'a également bien réussi à procurer un soulagement temporaire et cela sans amener aucune suite facheuse.

On rencontre fréquemment une affection particulière du foie que l'on a désignée sous le nom de *Foie muscade* (nutmeg liver), à cause de la ressemblance que cet organe présente avec l'intérieur fraîchement coupé d'une noix muscade. On y distingue des points d'un rouge vif ou bruns, entourés d'une substance blanchâtre ou légèrement jaune. Quand on fait une coupe mince d'un foie semblable, on constate que les vaisseaux des lobules, et en particulier leurs parties centrales, sont distendus par du sang, en outre, les cellules situées au pourtour des lobules ont subi la dégénérescence graisseuse. D'aucuns ont considéré cet état comme une cirrhose commençante, d'autres comme une dégénérescence graisseuse au début. Toujours est-il que, dans ces cas, les cellules graisseuses se développent à la circonférence des lobules, en relation immédiate avec le réseau de la veine porte gorgé de sang. On a donné à cette lésion le nom de dégénérescence graisseuse interlobulaire, mais en réalité, c'est une dégénéres-

Fig. 464. Dégénérescence graisseuse périlobulaire du foie. *a*. Pourtour du lobule devenu graisseux ; *b*. et *c*. Centres des lobules dont les vaisseaux son congestionnés. — (*Wedl*).

cence graisseuse des cellules situées à la circonférence du lobule. Wedl a signalé, dans quelques rares formes de cette lésion, un dépôt de pigment dans les cellules les plus voisines des capillaires hépatiques, occupant le centre du lobule, et cela, sans aucune trace de dégénérescence graisseuse quelconque. Du pigment peut se rencontrer dans les veines elles-mêmes. D'autres fois les dégénérescences graisseuse et pigmentaire du foie se combinent plus ou moins, la première ayant son siége à la périphérie et la seconde au centre du lobule. Nous ignorons l'histoire clinique de ces formes de *foie muscade*. Au reste, autant que nous sachions, il n'en résulte aucun symptôme susceptible d'être reconnu sur le vivant (Fig. 464 et 465).

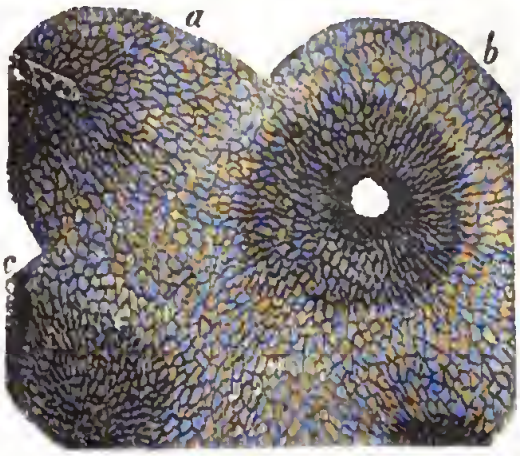


Fig. 465.

Obs. LXXXV (1). — *Exsudat cancéreux du foie. — Ulcération cancéreuse de l'œsophage. — Rétrécissement simple du pylore. — Hématémèse abondante. — Anévrysme de l'aorte thoracique, ouvert dans la plèvre gauche.*

Commémoratif. — Thomas Stewart, 54 ans, relieur, entré le 28 novembre 1849, rapporte, qu'il y a six ans, il eut une hémoptysie; à part cela, il avait toujours joui d'une bonne santé, lorsqu'il y a quatre mois, il commença à perdre l'appétit, à se sentir mal après avoir mangé, parfois même à rendre ce qu'il avait pris. Cet état n'a fait que s'aggraver depuis lors, et, il y a environ trois ou quatre semaines, il commença à vomir du sang. En même temps, il ressentait de la douleur à la gorge lorsqu'il voulait avaler et, de plus, un sentiment de constriction dans l'œsophage, vers le haut du sternum. Il ajoute qu'il lui est bien rare de prendre quelque aliment sans provoquer du vomissement; cependant, lorsque par hasard il a la chance de pouvoir se retenir une demi heure, les nausées se dissipent. Il vomit du sang mêlé à des masses coagulées d'un brun foncé. Ce n'est point après les repas que surviennent ces hématémèses, mais c'est généralement le matin entre trois et cinq heures; parfois, néanmoins, c'est pendant le jour, et le vomissement s'annonce alors par un accès de toux. Dans ces derniers temps, le malade a

(1) Recueillie par M. Hugh Balfour, élève du service.

Fig. 465. Foie muscade pigmenté. *a*. Lobule avec sa veine centrale divisée au point +, contenant du pigment amorphe; *b*. lobule avec sa veine centrale intacte; *c*. La veine centrale est remplie de pigment. La disposition radiée du pigment central tient à ce qu'il est déposé en plus grande quantité dans les cellules hépatiques les plus rapprochées des capillaires. — (*Wedl*). 90 *diam.*

beaucoup perdu de son embonpoint, il est même très-amaigri, ce qui contraste avec sa forte et robuste constitution d'autrefois.

Symptômes a l'entrée. — Le malade est pâle et amaigri. Il se plaint d'un affaissement profond et général ; la langue est fortement chargée et sa face supérieure fendillée. Il ressent une douleur accompagnée de constriction, toutes les fois qu'il veut avaler. Il a des nausées et vomit généralement après chaque repas, peu importe s'il a pris des aliments solides ou liquides. Il rend beaucoup de sang vermeil, mélangé avec des grumeaux foncés, et des caillots de couleur noire. Au microscope, on voit cette matière consister principalement en globules sanguins et en squames épithéliales ; on ne découvre aucune cellule cancéreuse. Il raconte que vendredi dernier (23 nov.), il a rendu plus de deux litres de sang, et le lendemain une quantité plus considérable encore. Il existe une vive sensibilité sur toute la région de l'estomac, et la palpation découvre, au côté droit de la région épigastrique, une tumeur ovale, lobulée, dure, mesurant dix centimètres en travers et cinq de haut en bas. L'appétit est mauvais et se perd de plus en plus. Les selles sont d'habitude régulières. Toux pénible datant d'environ quatre mois ; pas de dyspnée. A la percussion, la poitrine rend un son normal, à part de la matité sur le tiers inférieur du poumon gauche, en arrière. A l'auscultation, on entend l'expiration prolongée à la partie antérieure, et de la crépitation dans les points où nous venons de constater de la matité. Pouls à 90, suffisamment fort. Le malade se plaint parfois de palpitations ; l'impulsion cardiaque est un peu accrue, cependant les bruits sont normaux. Urines naturelles, rendues en quantité ordinaire, ayant une pesanteur spécifique de 1020, non coagulables, déposant par le refroidissement un sédiment abondant d'urate d'ammoniaque sur les parois du vase. Le malade se plaint de vertiges, et marche à peine, tellement il est faible. *Prescr. Appliquer quatre sangsues à l'épigastre, sur la tumeur. Prendre matin et soir une des pilules suivantes : Poudre d'opium* 0,12 *centigr. Extrait de jusquiame* 0,75 *centigr. f. s. a* 4 *pilules. — Prendre toutes les trois heures une cuillère de la potion suivante. Naphte médicinal* 4 *grammes. Mixture camphrée* 85 *grammes.*

Marche de la maladie. — 1 *décembre.* La douleur et la sensibilité ont un peu diminué sous l'influence des sangsues. Il y a encore des vomissements, mais plus aussi violents qu'autrefois. De temps en temps le malade a des exacerbations et des rémissions, mais, en somme, il s'affaiblit évidemment de plus en plus. Parfois il vomit de grandes quantités de sang vermeil ; il en a même rendu un jour plus de 900 grammes. Ces accidents furent combattus par *l'acide gallique, l'acétate de plomb et l'opium.* A la suite de chaque hématémèse, et pendant quelques heures, il lui revient à la bouche de petites quantités de sang qu'il rejette. Le 14 *déc.*, l'affaiblissement a fait des progrès notables et l'appétit diminue de plus en plus. On lui prescrit des *injections anales avec du beef-tea, et* 230 *grammes de vin par jour.* — 17 *déc.* Faiblesse extrême ; impuissance à prendre les aliments ; affaissement progressif ; mort le 18 à 4 h. du matin.

Autopsie. — Vingt et une heure après la mort.

Le corps est livide et fortement émacié. En relevant les parois du thorax et de l'abdomen, on découvre une portion nodulée du foie, très-mobile, pour ainsi dire séparée du reste, contenant une forte masse d'exsudat cancéreux, et mesurant dix centimètres de haut sur cinq en travers. Elle se projette comme une tumeur distincte à l'épigastre, et c'est évidemment cette tumeur que l'on sentait durant la vie, à travers les téguments.

Thorax. — La cavité de la plèvre gauche contient environ 650 grammes de sang coagulé, et le péricarde 170 grammes de sérosité citrine, limpide. Le cœur est fortement contracté. Tous les organes thoraciques, y compris la trachée et les gros vaisseaux, sont enlevés en masse. On voit alors que le sang de la cavité pleurale

provient d'entre les lobes du poumon gauche, d'où il s'est échappé à travers une déchirure de la plèvre à la partie externe et postérieure. On fend l'aorte, que l'on trouve un peu rugueuse dans son intérieur. A l'extérieur de la crosse, à l'endroit où commence la portion descendante, on voit au côté gauche de ce vaisseau une ouverture presque circulaire, de cinq centimètres de diamètre, à bords lisses, conduisant dans un sac anévrysmal du volume d'une noix de coco, et que remplit un caillot mou. Ce sac pressait et empiétait inférieurement sur le poumon gauche, et se trouve en communication avec la cavité pleurale, à travers une ouverture déchiquetée, récente, de sept centimètres et demi, dans la plèvre costale. Çà et là, dans le voisinage immédiat de la poche, le poumon est enfiltré de sang et très-ramolli. Dans ces endroits, sa paroi est très-mince et présente plusieurs perforations à travers lesquelles ont dû se produire des hémorrhagies dans le poumon. On ne peut découvrir aucune communication entre la poche anévrysmale et l'estomac ou l'œsophage. La crosse de l'aorte, dans toute son étendue, est légèrement dilatée; les valvules sont intactes. Entre l'aorte thoracique et l'œsophage se trouvent deux amas de glandes, auxquelles des exsudats cancéreux ont donné un grand développement. L'œsophage lui-même est ulcéré vers sa portion moyenne, et les glandes sus-mentionnées font saillie jusque dans sa cavité. L'ulcération, à l'intérieur, embrasse tout le calibre du tube; elle s'étend sur une longueur d'environ sept centimètres et demi et présente une surface molle pultacée, où l'exsudat cancéreux est en voie de se désagréger. Le poumon est parsemé, dans toute son épaisseur, d'une multitude de petites masses exsudatives irrégulières, dont le diamètre ne dépasse généralement pas huit à dix millimètres. Ces masses ressemblent à du tubercule cru, seulement leur consistance est un peu plus molle et leur coloration un peu rouge. On y découvre encore un ou deux noyaux plus gros, presque globulaires, ayant un diamètre de sept à dix-huit millimètres, de consistance molle, laissant suinter un suc crémeux, sillonnés par un ou deux vaisseaux, et parsemés de quelques points rougeâtres. Les glandes bronchiques sont infiltrées d'une matière noire et contiennent, la plupart, des noyaux d'exsudat cancéreux, semblables à ceux du poumon, quoique plus petits.

Abdomen. — Le péritoine, à l'endroit où il recouvre le diaphragme, dans le petit bassin et en divers autres points, est garni de projections fongueuses et de nodules de forme irrégulière, dont les plus larges ont cinq centimètres de diamètre; leur surface est aplatie, d'une teinte blanche jaunâtre et marbrée à l'extérieur d'une multitude de vaisseaux rouges. L'aspect et la coloration de l'intérieur sont analogues; on y remarque des fibres qui s'entrecroisent et une matière qui, par son aspect général et sa consistance, rappelle du riz concassé et bouilli. Dans la cavité du bassin, à la partie la plus déclive, on trouve environ soixante grammes d'un pus rougeâtre et de lymphe mêlés de sang. Çà et là, à la surface des intestins et du péritoine pariétal, on rencontre la même altération par petites taches. Le foie est considérablement augmenté de volume et pèse trois kilogrammes. On y remarque une quantité de masses nodulaires, présentant à leur surface un enfoncement cupuliforme. Les plus volumineuses ont près de dix centimètres de diamètre et sont généralement ramollies vers leur centre. A la coupe, elles offrent l'aspect ordinaire de l'encéphalome du foie, seulement, dans bien des endroits, leur substance est en partie diffluente et, lorsqu'on les incise, il y reste une cavité. Quelques-unes de ces masses renferment un liquide jaunâtre crémeux, mêlé de rouge; d'autres contiennent une sorte de sérosité olivâtre et une grande quantité de débris flocomeux et granulaires de couleur rosée. Çà et là aussi, des masses réticulées se trouvent infiltrées au sein de l'exsudat cancéreux blanc ou grisâtre. Le tissu hépatique proprement dit est d'une teinte fauve pâle et contient beaucoup de matière grasse. L'estomac est parfaitement normal, à part un rétrécissement simple du pylore, lequel laisserait à peine passer le petit doigt. Ce rétrécissement

dépend d'une hypertrophie du tissu aréolaire situé entre les couches muqueuse et musculaire. Les intestins sont extrêmement contractés, au point que le diamètre du côlon ne dépasse pas douze ou treize millimètres. Les reins sont pâles et contiennent une foule de petits kystes. Leur épithélium est cependant à peu près normal car, au microscope, on y découvre tout au plus un peu de matière granulaire. Les glandes mésentériques et lombaires sont saines.

Examen microscopique. — Une petite portion de la substance blanche et assez consistante, provenant de l'exsudation cancéreuse, montre une multitude de cellules de cancer, dont le volume et la forme varient considérablement, mais dont aucune n'excède 1/50 de millimètre dans sa plus grande dimension. Beaucoup d'entre elles sont pourvues de noyaux, et un certain nombre sont évidemment en train de se désagréger et de se dissoudre. On les rencontre associées à quelques noyaux libres et à une multitude de granules et de molécules (Fig. 383). Le *reticulum* est entièrement composé de molécules et de granules graisseux (Fig. 384). La matière désagrégée qui se trouve à la surface de l'ulcération œsophagienne, serait assez bien représenté par la Fig. 382, seulement la dissociation est encore un peu plus avancée. Le suc laiteux que l'on exprime des glandes situées entre l'aorte thoracique et l'œsophage, présente de grosses cellules cancéreuses affectant tous les caractères de la dégénérescence graisseuse (Fig. 383).

Commentaire. — Les symptômes observés durant la vie : douleurs à l'estomac, vomissements après les repas, caillots sanguins noirs rejetés, tumeur distinctement nodulée et un peu mobile à l'épigastre, avaient fait soupçonner, à ceux qui suivaient ce cas, l'existence d'un cancer du pylore. Néanmoins, à l'autopsie, la tumeur constatée sur le vivant se trouva être formée par un nodule d'exsudat cancéreux appartenant au foie, et simplement poussé en avant de façon à occasionner cette tumeur. Le reste du foie étant caché entièrement sous les côtes, on n'avait eu aucun motif de soupçonner cette particularité durant la vie. Un rétrécissement simple affectant réellement le pylore, joint à la compression exercée par la tumeur sur cet orifice, telles étaient les causes des vomissements qui constituaient les traits symptomatologiques principaux chez notre malade.

L'aspect des matières rendues par la bouche prouvait qu'elles devaient provenir de l'estomac; en effet, malgré le rejet d'une quantité considérable de sang vermeil, celui-ci se trouvait généralement mêlé de caillots couleur de rouille, bruns ou même parfaitement noirs. De plus, un des élèves a vu le malade en train de rendre du sang, ce que du reste l'infirmière a constaté à plusieurs reprises. Dans le principe, j'avais donc pensé que le cancer de l'estomac s'était ulcéré à l'intérieur et que là était la source du sang rejeté. Cependant, en dernier lieu, eu égard à la quantité énorme qui était rendue, mes soupçons s'étaient portés sur l'existence d'un anévrysme pressant sur le poumon et communiquant avec la trachée; le sang devait alors avoir été avalé. Cette supposition semblait d'ailleurs recevoir une confirmation du fait de l'existence d'une matité limitée du côté gauche, et de la crépitation, accompagnement presqu'invariable d'un anévrysme dans cette situation.

Cherchant à me rendre compte, à l'autopsie, de la voie suivie par le

sang pour pénétrer dans l'estomac, il m'a été impossible de découvrir une communication directe entre l'anévrysme et ce viscère ou l'œsophage. Il pourrait se faire que le sang, dans ce cas, se fût infiltré dans la substance du poumon, eût remonté à travers les bronches, la trachée, le

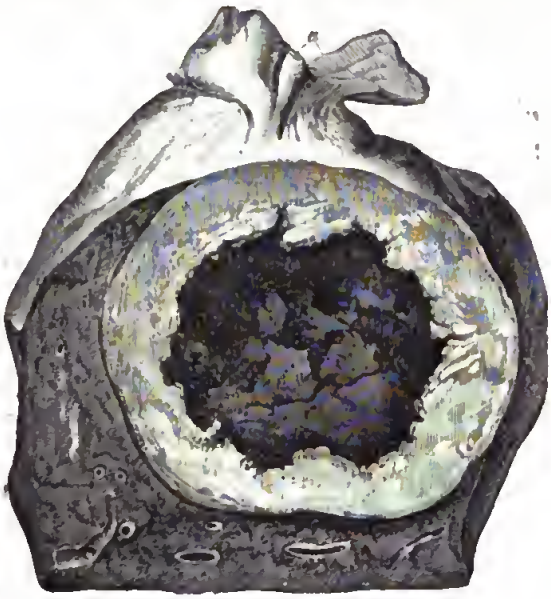


Fig 466.

larynx, jusque dans le pharynx où il aurait été avalé. Toutefois il est plus vraisemblable que ces vomissements étaient la conséquence d'une congestion énorme du système de la veine porte, ayant abouti à une hémorrhagie capillaire.

Notre sujet présentait, à un degré prononcé, l'aspect cachectique particulier, ordinaire aux affections malignes. J'ai toujours observé que cet aspect est le mieux marqué chez les individus affectés de cancer de l'estomac, surtout s'il est situé dans un point où il doit entraver davantage la nutrition. Le commémoratif nous apprend que c'était un homme solide, ayant de l'embonpoint, et c'est là une condition que j'ai signalée ailleurs (1), comme favorable au développement du cancer, d'une manière générale. Je suis porté à croire que cet aspect malin, sur lequel insistent tant les praticiens, est purement le résultat de l'amaigrissement occasionné par l'état de souffrance de la nutrition, ou encore la conséquence des douleurs et de la privation de sommeil. Aussi ne le retrouve-t-on point régulièrement dans le cancer d'autres organes, où ces effets ne se produisent pas.

(1) *On Cancerous and Cancroid Growths* : Edinburgh, 1849.

Fig. 466. Kyste carcinomateux remarquable du foie; *a*, partie du diaphragme. — (*Ogle*) — Voir la description ci-après, p. 74, ligne 11. *Demi grandeur.*

Le cancer du foie peut se présenter sous deux formes : 1° sous forme de nodules distincts, si bien décrits par Baillie et par Farre ; 2° sous forme de petits grains plus ou moins infiltrés dans tout le tissu hépatique. La première espèce est de beaucoup la plus commune, et les projections auxquelles elle peut donner lieu à la surface de l'organe constituent, durant la vie, la seule preuve positive de l'existence du cancer. Dans quelques cas rares, j'ai vu ces deux formes passer de l'une à l'autre. Chez notre sujet, le ramollissement des masses cancéreuses a été bien observé, ainsi que leur transformation en substance grasse, donnant lieu à cette disposition particulier a laquelle on a donné le nom de *cancer réticulé* Le Dr Ogle (1) a relaté un cas dans lequel une masse cancéreuse du foie présentait, à la coupe, la forme remarquable d'un kyste à parois épaisses, ressemblant beaucoup à une petite noix de coco, remplie de liquide. Quant aux parois, elles avaient l'apparence et la structure ordinaire de l'encéphalome ; le liquide était légèrement trouble et contenait des particules de matière grasse. Le plus souvent, lorsque le foie est affecté de cancer, d'autres organes en sont également atteints, ce qui rend nécessairement l'affection plus ou moins complexe. (Voir les observations LXXIX et XCI.)

Le traitement devra être entièrement palliatif.

Obs. LXXXVI (2). — *Kyste hydatidique du foie reconnu à l'aide du microscope. — Ponction. — Évacuation d'échinocoques. — Guérison.*

Commémoratif. — Lawrence Anderson, 56 ans, tailleur, entré le 21 juin 1864, est un bon vivant, qui aimait un peu trop à boire. Il y a deux ans, il commença à s'apercevoir d'une certaine tuméfaction à l'épigastre. Depuis six mois, il a de temps en temps des nausées en se levant et en se couchant, mais il ne vomit point. Il a de la constipation depuis des années. Jamais il n'a eu la jaunisse. L'appétit a toujours été bon. Il ne se rappelle point d'avoir jamais reçu aucun coup dans la région du foie. Il aimait beaucoup à manger du porc frais et salé, mais toujours bien préparé, à ce qu'il dit. Il n'a jamais quitté l'Écosse.

Symptômes a l'entrée. — Le malade ne se plaint d'aucune douleur ni d'aucune gêne ; il vient uniquement pour sa tumeur de l'abdomen. Cette tumeur est arrondie, lisse, élastique au toucher, située dans les régions épigastrique et hypochondriaque droite : son point le plus proéminent se trouve à deux centimètres et demi à gauche de la ligne médiane, où elle fait une saillie d'environ deux centimètres et demi au-dessus du niveau normal. Elle paraît appartenir au foie. On y sent un petit sillon vertical, vers l'union des deux tiers externes avec le tiers interne. La matité hépathique verticale, à la percussion, mesure quatorze centimètres dans sa plus grande étendue. Il n'existe aucune sensibilité morbide, point de pulsations ni de fluctuation. Au reste, toutes les fonctions se font normalement.

Marche de la maladie. — Le 22 juin, on badigeonne la tumeur avec de la teinture d'iode, et le 28, le malade quitte l'hôpital momentanément. A son retour, le 7 juillet, la tumeur s'est manifestement rapprochée de la surface, elle est plus proéminente et plus élastique. Il n'y a d'ailleurs pas de nouveau symptôme. — Le 13 *juillet*, on procède a une exploration, au moyen d'une aiguille cannelée, qui ramène de la sérosité visqueuse, dans laquelle on reconnait quelques petits

(1) *Transactions of Pathological Society*. vol IX, p. 238.
(2) Recueillie par M. Wm Frank Smith, élève du service.

crocheta d'échinocoques, mêlés à des granules graisseux et à des cristaux de cholestérine. — 16 *juillet*. A deux heures de l'après midi, on fait, au point culminant de la tumeur, une incision cruciale, et après avoir disséqué les lambeaux, on produit une eschare dans le tissu cellulaire sous-jacent, au moyen de la potasse fondue. Pendant l'opération, on emploie le chloroforme, puis, pour calmer la douleur subséquente, on applique un peu d'acide acétique dilué. — 23 *juillet*. Une eschare d'environ 12 millimètres de profondeur s'est formée, et on l'approfondit encore en y introduisant un petit morceau de potasse fondue. — 25 *juillet*. On passe, dans l'ouverture faite par l'eschare et au milieu de la tumeur, un trocart armé de sa canule, d'un calibre d'environ huit millimètres. On ne parvient qu'avec une certaine difficulté et en s'aidant d'une curette, à retirer environ 30 grammes d'une substance visqueuse, constituée par des débris de sacs hydatidiques et de la sérosité. Le volume de ces sacs varie entre la grosseur d'un pois et celle d'un gros grain de raisin ; il s'en trouve quelques uns, des plus petits, qui n'ont pas été rompus. Il ne s'est fait aucune rétraction du côté des parois de la tumeur ; point de sang, point de pus. — 26 *juillet*. A la suite de l'opération, le malade a éprouvé beaucoup de mal et a été très agité. — *5 h. du soir. On administre* 1,50 *gramme de teinture d'opium. A* 11 *h.* 2,35 *grammes de liqueur de morphine, dont on répand encore* 4 *grammes sur un cataplasme. Pour la nuit deux pilules contenant chacune six centigrammes et demi d'opium.* — 30 *juillet*. L'ouverture a été dilatée au moyen de tentes de charpie, et il en est sorti chaque jour de 120 à 230 grammes de matière visqueuse sanguinolente, fourmillant de kystes hydatidiques. Le malade n'éprouve plus de douleur à présent, et il est transféré dans la salle du Dr Haldane. Après un séjour de cinq semaines, pendant lequel il continua de perdre constamment des fragments de kystes mêlés à de la sérosité, il est retourné dans son endroit natal, à Dunfermline.

Rentré le 3 *janvier* 1855, il dit qu'au moment où il a quitté l'hôpital, en septembre dernier, il souffrait de douleurs dans les reins ; il était très faible et incapable de marcher sans le secours d'un bâton. Pendant les cinq semaines qui suivirent, il a continué à perdre, aussi la faiblesse et l'état d'épuisement persistèrent-ils. Vers ce même temps, une portion de membrane coriace, d'environ quinze centimètres de long, et plissée comme une bourse, commença à se montrer dans l'ouverture, à travers laquelle elle sortit graduellement, dans l'espace de huit jours. A partir de ce moment, la sécrétion de la poche diminua rapidement et, au bout de trois semaines, la plaie était complétement cicatrisée ; le malade put dès lors reprendre ses occupations de tailleur et travailler cinq ou six heures par jour, sans éprouver aucune gêne. Son appétit ne tarda point à s'améliorer considérablement, au point qu'il se sent aussi alerte que jamais et peut faire dix ou douze milles de chemin en une journée, et tout à son aise. A présent, il a l'air vigoureux et dans de bonnes conditions. L'appétit est très bon. Il ne reste plus ni douleur, ni sensibilité, ni de saillie aucune dans la cavité abdominale.

La *matité hépatique*, dans le sens vertical, mesure onze centimètres et demi. La surface du foie paraît unie, et la peau se meut aisément par dessus, excepté à l'endroit de l'ouverture pratiquée, où il reste une cicatrice linéaire, transversale, de deux centimètres et demi.

Commentaire. — La forme arrondie et l'élasticité de cette tumeur hépatique ayant fait soupçonner l'existence d'hydatides, je fis faire une ponction exploratrice. Le microscope révéla, dans la sérosité gélatineuse ramenée dans la cannelure de l'aiguille, plusieurs petits crochets d'échinocoques, et le diagnostic se trouva par suite établi d'une façon indubitable. Après y avoir mûrement réfléchi, nous résolûmes de tenter les chances d'une

cure radicale par l'évacuation du contenu de la tumeur. J'adoptai la méthode de Récamier, laquelle consiste à produire une eschare lente au moyen de la potasse caustique, afin d'amener l'adhésion de la tumeur avec la paroi de l'abdomen. Cela fait, le kyste hydatique fut ouvert comme il vient d'être dit. L'opération fut pratiquée et les soins les plus intelligents furent donnés, pendant toute la durée du traitement, par mon médecin-résident, à cette époque, le Dr Duckworth. Au commencement des vacances d'automne, le malade passa dans le service d'un autre médecin de l'Infirmerie, où il resta encore cinq semaines, des hydatides continuant toujours à être expulsées par l'ouverture. Au mois de décembre, j'appris par le Dr Dewar, de Dunfermline, que cet homme allait et venait se livrant à ses occupations ordinaires, et qu'il était en parfait état de santé. Le 3 janvier suivant, il revint se montrer à l'hôpital comme il vient d'être dit. Tout le kyste s'était mortifié, la plaie s'était cicatrisée et la santé parfaitement rétablie.

Pour ce qui a trait à l'histoire naturelle de ce sujet, je dois vous renvoyer aux écrits de Bright, de Budd et de Frerichs. Le mystère qui a si longtemps entouré la production des hydatides dans l'organisme animal est à cette heure dévoilé (voir vers intestinaux). La manière de vivre du peuple écossais rend compte, peut être, de la rareté des parasites internes dans ce pays. Certainement, il n'est chez nous aucune affection plus exceptionnelle que les kystes hydatiques du foie. En Islande, au contraire, on sait que c'est une des affections les plus fréquentes et les plus fatales qui s'y observent. Eu égard à l'immense danger que courent nécessairement tous ceux qui en sont atteints, je n'hésite guère à professer que la méthode qui a été suivie d'un aussi bon résultat dans l'observation précédente, est celle qui, en règle générale, devra être adoptée, et cela aussitôt que possible, lorsque le diagnostic aura été établi sur des signes suffisamment positifs.

MALADIES DES INTESTINS.

Obs. LXXXVII (1). — *Diarrhée. — Guérison.*

Commémoratif. — Mary Gordon, âgée de 21 ans, femme délicate, à l'air débile, employée en dernier lieu à encaquer des harengs, est entrée dans l'après-midi du 25 juillet 1855. Les deux jours précédents, elle s'était trouvée fréquemment exposée à des alternatives de froid et d'humidité, et ce matin de bonne heure, elle fut prise de violentes douleurs dans les régions épigastrique et lombaire, avec accompagnement de frissons, de malaise et de vomissements. A 9 h., elle eut une forte selle, suivie de plusieurs autres, liquides et s'accompagnant de tranchées et d'un violent ténesme. Les matières évacuées, au dire de la malade, étaient aqueuses et mélangées de glaires. Elle prit une gorgée d'eau de vie, ce qui lui donna un peu de soulagement.

Symptômes a l'entrée. — La langue est blanche, l'appétit mauvais, la soif intense ; plus de nausées ni de vomissements, plus de sensibilité à l'épigastre ni à l'abdomen. Les intestins sont encore relâchés ; les matières évacuées consistent en un liquide

(1) Recueillie par M. Simon Mutakisna, élève du service.

d'aspect sale et jaunâtre, dans lequel flottent des masses de mucus. Ni sang, ni pus. Pouls à 84, plein. Elle dit avoir de temps en temps des palpitations. La figure est légèrement injectée. Vive douleur lombaire. Urine brûlante. Les autres fonctions sont régulières. Prescr. *Teinture d'opium 4 gram.; Confection aromatique 1 gram. 30 centig.; Mixture de craie composée 90 gram. M. En prendre 30 gram. toutes les 3 heures.*

Marche de la maladie. — *26 juillet.* Aujourd'hui, la malade se sent affaiblie, mais la diarrhée a cessé après la seconde dose de la mixture. — *27 juillet.* Encore très affaissée. Alimentation substantielle et 60 grammes de vin par jour. Elle ne tarde pas à se remettre et sort le 2 août.

Obs. LXXXVIII (1). — *Diarrhée. — Guérison.*

Commémoratif. — Frederick Lyons, âgé de 4 ans, — entra le 19 décembre 1854. Sa mère nous apprend qu'il a été élevé sans privation, sinon dans l'abondance, et que, jusqu'il y a deux mois, il s'est toujours bien porté. A cette époque on le mit à l'école, et depuis lors il n'a cessé d'avoir la diarrhée, le nombre des selles variant d'ordinaire entre cinq et six par jour. Enfin il n'a fait que perdre des forces, jusqu'au moment actuel.

Symptômes a l'entrée. — L'enfant est très maigre, et ne cesse de fouiller dans son nez. La langue est nette. L'abdomen est gonflé, sensible à la moindre pression. Il y a eu six selles pendant les dernières vingt-quatre heures : une matière liquide et de couleur d'argile. Pouls à 96, faible. On n'a jamais constaté qu'il eût des vers. Les fonctions sont du reste normales. Prescr. *Huile de ricin 8 gram. — Régime nutritif. — Garder le lit.*

Marche de la maladie. — La diarrhée va diminuant, et les selles prennent une couleur plus normale. L'enfant dévore avec avidité du riz et du lait. Depuis ce moment il s'est rétabli rapidement. Toute diarrhée a cessé, à partir du 24. Le 27, on lui permet de se lever; il n'y a plus alors de sensibilité à l'abdomen, et le gonflement est à peu près disparu. Il part guéri, le 8 janvier.

Commentaire. — Les cas de diarrhée exposés ci-dessus fournissent des exemples des deux formes les plus communes de cette affection : l'une ayant pour cause le froid et l'humidité, l'autre des écarts de régime. Dans le premier cas, les accidents furent arrêtés par l'emploi de l'opium et de la chaux, dans le second par un laxatif léger, une nourriture convenable et le repos.

Bien des variétés de diarrhée, ou de flux intestinal excessif, ont été décrites par les auteurs, mais, pathologiquement, on peut les rapporter à deux causes, savoir : 1° une altération de la composition normale du sang, déterminant une action éliminatoire exagérée de la part de la membrane muqueuse intestinale; c'est ce que nous voyons dans certaines affections inflammatoires aiguës où cette diarrhée est parfois critique, comme à la suite d'une suppression de la transpiration, sous l'influence du froid ou de l'humidité; 2° la présence, dans le canal digestif lui-même, de substances irritantes provenant de la nourriture ou de la boisson; une accumulation de bile ou de toute autre sécrétion; l'existence d'une affection structurale de la membrane muqueuse, telle que des ulcérations dysenté-

(1) Recueillie par M. Arthur W. Moore, élève du service.

riques, tuberculeuses ou typhoïdes ; la présence de vers ou de corps étrangers dans le canal, etc. La marche à suivre dans le traitement de ces deux formes de diarrhée est bien différente. Dans le premier cas, le mal peut n'être qu'un effort curatif de la nature, un effet purement symptomatique, ou encore la terminaison naturelle d'un désordre général qu'il serait parfois préjudiciable et même dangereux d'entraver. Dans le second, la diarrhée est toujours nuisible si elle se prolonge, et les chances de guérison dépendent en grande partie de la possibilité d'éloigner la cause de l'irritation locale.

Si, comme c'est le cas le plus commun, le mal tient à un mauvais régime, celui-ci, naturellement, doit être réformé. Si quelque substance irritante a été absorbée et donne des coliques et du ténesme, une simple injection d'eau chaude, poussée lentement, de manière à distendre et nettoyer le rectum, suffit souvent pour arrêter le mal. Dans le cas contraire, l'administration d'une dose de ricin, suivie d'une potion anti-acide et calmante, telle que la mixture de craie composée avec un peu de teinture d'opium, réussira généralement. Si malgré l'emploi de ces moyens, les évacuations continuent, l'on aura recours aux divers astringents que l'on fera prendre soit par la bouche, soit par le rectum. Une partie indispensable du traitement c'est le repos, aussi, dans les cas graves, est-il de la plus haute importance de tenir son malade au lit. Quand la diarrhée est symptomatique d'un dérangement du foie, d'ulcérations intestinales, de vers, ou de quelque autre cause d'irritation, le traitement se ramène naturellement à l'emploi des méthodes propres à combattre le trouble primitif.

L'opposé de la diarrhée, c'est la constipation, laquelle consiste, dans la rareté, la difficulté ou la suppression des évacuations alvines. Elle peut aussi être le résultat ou la suite de causes constitutionnelles ou locales, et, par suite, exiger un traitement propre à dissiper les unes et à éloigner les autres. Dans la plupart des cas, néanmoins, il y a torpeur et diminution de l'énergie nerveuse, affectant la contractilité de la couche musculaire intestinale. Un fait bien remarquable, c'est l'influence de la volonté sur la production et sur la cessation de la constipation. Si l'on tarde trop à céder aux exigences de la nature, il arrive qu'elles ne se renouvellent point de si tôt ; de là résultent, d'abord de l'irrégularité dans les évacuations, puis, à la longue, la constipation. Par contre, il n'est pas de meilleur moyen de se débarrasser de cette dernière, que de faire, chaque jour et à une certaine heure, un effort pour la vaincre. Par conséquent, tout ce qui empêche d'aller à la garderobe journellement favorise la constipation. C'est pour ce motif, comme je l'ai remarqué, qu'elle est très commune chez les Anglais, lorsqu'ils voyagent dans certains pays, où l'on a si peu de souci de la propreté et du confort en cette matière.

Les purgatifs, bien que nécessaires pour vaincre les obstructions temporaires et pour amener un soulagement immédiat, ne tendent pas par eux-

Digitized by Google

mêmes à écarter les causes de la constipation, et c'est pour cela que, si rarement, ils la guérissent d'une façon permanente. Les meilleurs moyens pour atteindre ce but sont un régime convenable, l'usage de certains aliments tels que le pain bis, les fruits étuvés, etc., l'exercice, les bains, les excursions à la campagne, une saison aux eaux, etc., etc. Dans la constipation, de même que dans la diarrhée, s'il existe une lésion organique ou un obstacle mécanique, le traitement devra être approprié aux indications de l'affection dont elle est symptomatique.

L'usage des purgatifs dans les maladies intestinales est un sujet d'une haute importance, et sur lequel on me paraît s'être bien mépris. On a cru, par exemple, qu'une bonne évacuation alvine journalière est indispensable pour se bien porter, et qu'un individu n'ayant cette évacuation que tous les deux ou même tous les trois jours est atteint de constipation. Cette idée a conduit à l'habitude des purgatifs, et est la cause principale de la quantité énorme de pilules apéritives qui se débitent annuellement dans ce pays, sous l'estampille du gouvernement. Le fait est, que bien des personnes n'ont naturellement qu'une seule évacuation tous les deux ou trois jours, et ne s'en portent pas plus mal. En règle générale, dans ces sortes de cas, les purgatifs ne sont pas nécessaires, à moins que de la gêne, ou quelque symptôme bien caractéristique ne soit le résultat de cette absence d'évacuation. D'autre part, on a supposé que les purgatifs sont antiphlogistiques; leur administration a été jugée tellement salutaire, que c'est à peine s'il est une maladie dont, à une certaine époque, on n'ait commencé le traitement par l'administration d'un purgatif énergique, et cela dans le but de nettoyer les intestins, et de faire la place nette pour les opérations ultérieures. Mais les purgations ne sauraient en aucune façon profiter à un organe éloigné en voie de s'enflammer, et de plus, leur usage au début de beaucoup de maladies, et notamment du typhus et de la péritonite, est positivement nuisible. Le but principal des purgatifs est de combattre des obstructions temporaires, d'éliminer les substances irritantes, de solliciter l'écoulement de la bile et d'autres sécrétions de la partie supérieure du canal digestif, enfin de provoquer les évacuations aqueuses, dans certains cas d'hydropisie. A cet effet, le médecin doit connaître les propriétés des divers genres de purgatifs et choisir ceux qui, suivant les indications, sont les plus propres à atteindre son but. Tout ce qui ressemblerait à la routine doit être soigneusement évité.

Obs. LXXXIX (1). — *Dysenterie aiguë. — Guérison.*

Commémoratif. — Timothy Flynn, 14 ans, marchand ambulant, admis le 26 novembre 1852, rapporte que le 22 courant, se trouvant à Perth, il se sentit pris subitement d'un relâchement d'entrailles, de coliques et de ténesme mais sans frisson. Il attribue ce dérangement à un déjeuner de bouillie à la farine d'avoine, mets auquel il n'est pas accoutumé. Il a été beaucoup exposé à l'humidité, au froid, à la fatigue. Le premier jour de la maladie, les selles se renou-

(1) Recueillie par M. Wm Calder, élève du service.

velèrent plusieurs fois chaque heure. Le lendemain il observa du sang mélangé aux matières, et plusieurs fois, rien que de petites quantités d'une substance sanguinolente épaisse, de consistance visqueuse, comme de la glu. En dépit de ces symptômes, il fit à pied la distance de Perth à Edimbourg; les selles sanguinolentes persistèrent, mais la douleur s'affaiblit graduellement.

Symptômes a l'entrée. — Langue sèche au centre, les bords et l'extrémité sont humides et nets. Appétit très-faible, soif modérée. Le malade dit avoir eu une douzaine de selles, pendant les dernières 24 heures; elles étaient mélangées de sang. Il a encore du ténesme s'accompagnant de vives épreintes. Il se plaint d'une douleur continuelle, assez aiguë à la partie inférieure de l'abdomen; cette douleur s'exaspère sous la pression, et suit la direction de l'S iliaque et du rectum. Elle s'est déclarée dès le second jour de la maladie, peu d'heures avant l'apparition du sang. Pouls à 92, faible et mou. Urine diminuée de quantité, mais naturelle. Les autres fonctions sont régulières. *Prescr. Teinture de cachou* 15 *grammes. Solution de chlorhydrate de morphine* 4 *grammes. Mixture calcaire composée* 220 *grammes. En prendre deux cuillerées toutes les trois heures.*

Marche de la maladie. — Il y a eu douze à quatorze selles, depuis la visite de hier. La douleur est encore très-intense dans la fosse iliaque gauche. Les selles restent mélangées d'une quantité considérable de sang et de mucus. *Prescr. : Appliquer douze sangsues loco dolenti. Lavement amylacé additionné de* 4 *grammes de teinture d'opium.* — 28 *nov.* Six selles depuis hier, très-aqueuse, avec des traces de sang. Pas de ténesme. *Prescr. Continuer la mixture.* — 30 *novembre.* Six selles, plus consistantes, et pas de sang. A partir de ce moment, le malade se rétablit rapidement, et sort, complètement guéri, le 9 décembre.

Obs. XC (1). *Dysenterie sub-aiguë. — Guérison.*

Commémoratif. — John M'Gee, 38 ans, manœuvre-maçon, entré le 27 juin 1853. L'été dernier, il fut retenu chez lui pendant vingt-deux semaines, à cause d'un grave dérangement d'entrailles; depuis lors, il est resté sujet à des diarrhées périodiques. Il reprit sa besogne en février, mais il fut de nouveau contraint à faire relâche, il y a neuf semaines, à cause de la violence du mal d'entrailles et de la faiblesse. Trois semaines plus tard, il remarqua que les selles étaient nuancées de sang. Il y a six jours, il vomit une matière épaisse, offrant l'aspect de blanc d'œuf. Il était, ci-devant, très adonné aux liqueurs fortes, et d'une grande intempérance. Les remèdes dont il a fait usage lui ont peu profité.

Symptômes a l'entrée. — Langue nette et moite sur le devant, mais légèrement chargée à la base, Appétit passable. Pas de fièvre. Sensibilité générale à l'abdomen sous la pression, et fréquentes coliques. Il a, chaque jour, environ treize selles liquides, de couleur jaune pâle, et contenant beaucoup de pus. Pouls à 80, faible. Les autres fonctions ne laissent rien à désirer. *Prescr. : Pilules d'acétate de plomb. En prendre une toutes les quatre heures. — Suppositoire contenant* 0,50 *centigr. de chlorhydrate de morphine, chaque soir.* — 1 *juillet.* La douleur abdominale s'est aggravée. *Application de* 6 *sangsues.* — 2 *juillet.* Pas de changement; soif vive, *cesser les pilules au plomb. Pr. : Confection aromatique* 15 *grammes; Solution de chlorhydrate de morphine* 45 *grammes; Teinture de cachou* 24 *grammes; Mixture calcaire* 150 *grammes. M. Une cuillerée à soupe toutes les quatre heures. Lavement amylacé additionné de* 40 *gouttes de teinture d'opium. Pr. : Lait frais* 300 *grammes; eau de chaux* 250 *grammes. M. A prendre comme boisson.* — 4 *juillet.* Le malade n'a plus actuellement que six selles dans les vingt-quatre heures. Il se plaint de dysurie, et n'a rendu que

(1) Recueillie par M. J. D. Maclaren, élève du service.

six cents grammes d'urine en trois jours. *Pr. : Esprit d'ether nitrique 15 grammes; Acétate de potasse 8 grammes ; Sirop d'écorces d'oranges 30 grammes ; Eau 140 grammes. M. En prendre une cuillerée à soupe trois fois par jour.—1 juillet.* Le malade n'a plus que trois ou quatre selles par jour ; elles sont féculentes. Pas de dysurie. Urines plus abondantes. Malaise considérable à la région épigastrique. *Prescr. : Cesser la potion diurétique. Vésicatoire de cantharides (0,075 millimètres × 0,10 centimètres) à l'épigastre. Lavement opiacé le soir. — 23 juillet.* A la suite de ce traitement le malade n'a plus que trois selles en moyenne par jour. Il se sent beaucoup plus de force. — 1er *août.* Il a parfois des accès de fièvre, avec soif, et des selles plus nombreuses, auxquelles on oppose des pilules saturnines opiacées. Depuis lors, il gagne des forces chaque jour, prend même parfois un peu d'exercice, mais reste sujet de temps en temps à des rechutes, pour lesquelles on lui prescrit du tannin avec de l'opium, et, au besoin, des suppositoires. Enfin, le pus disparaît des selles, qui deviennent de plus en plus consistantes et régulières, et le malade part complètement guéri, le 20 septembre.

Obs. XCI (1). — *Dysenterie chronique. — Ascite et œdème des jambes. — Leucocythémie. — Cirrhose du foie. — Cancer du poumon.*

Commémoratif. — Thomas Crease, 28 ans, célibataire, est entré le 27 mai 1857. Cet homme eut autrefois des habitudes d'intempérance. Depuis novembre 1856, il souffre d'une toux violente avec expectoration mêlée de sang ; la voix est rauque ; les pieds et les jambes sont plus ou moins gonflés, chauds et sensibles, notamment autour des chevilles. Ce mal remonte à une certaine journée de novembre 1856, qu'il n'a pas pu préciser, et a succédé à un refroidissement contracté, en traversant en bateau Queensferry. Il a été en traitement à l'Infirmerie, du 6 mars au 28 avril 1857. Pendant cette période, il eut de la toux, avec expectoration sanguine ou rouillée, laquelle, néanmoins, devenait parfois spumeuse et muqueuse ; gonflement et œdème des pieds, et plus tard des mains ; chaleur inaccoutumée de la peau ; pouls plus ou moins vibrant et dur ; pas de diarrhée. En quittant l'hôpital, il suivit pendant quatre semaines le traitement d'un charlatan : viandes rôties, ale et brandy *ad libitum*. Il n'obtint aucun soulagement ; la chaleur à la peau, la soif, l'affaiblissement, continuèrent, et de plus, les intestins se relachèrent. La toux, pourtant, devint moins opiniâtre et l'expectoration moins abondante.

Symptômes a l'entrée. — La percussion rend un son un peu mat du côté droit du thorax en avant, et aussi en arrière dans toute sa moitié supérieure. Le murmure respiratoire est très faible, et quand il est perceptible, il a un caractère de rudesse ; pas de râles sibilants ni humides ; la résonance vocale est augmentée sous la clavicule droite ; pas de dyspnée, ni toux, ni expectoration aujourd'hui. L'impulsion du cœur est faible ; sa matité transversale est normale ; bruits également normaux. Pouls à 126, plutôt plein et dur. Langue chargée ; soif vive ; appétit mauvais. L'abdomen, au palper, est naturel ; pas de matité à la percussion, ni de sensibilité sous la pression. La diarrhée est revenue, mais le malade ne se plaint pas de la fréquence des selles. L'urine est très naturelle. La surface cutanée est sèche et généralement le siége d'une chaleur extraordinaire. Pas de trouble dans le système nerveux, mais affaissement moral et découragement. *Donner 250 grammes de vin et des préparations salines diurétiques.*

Marche de la maladie. — 31 *mai.* Expectoration spumeuse, semi-transparente, gélatineuse, légèrement teintée de sang ; pouls à 114 ; état fébrile sans changement ; la diarrhée n'a pas cessé. — 3 *juin.* La diarrhée persiste ; les matières sont d'un jaune pâle et de la consistance de purée de pois, d'une odeur extrême-

(1) Recueillie par MM. John Lowe et Stewart Lockie, élèves du service.

ment fétide, ne présentant à l'examen microscopique ni globules de sang, ni autres corps anormaux. *Potion astringente avec mixture calcaire.* — 7 *juin.* Persistance des symptômes fébriles. *Donner* 0,18 *centigrammes de quinine, trois fois par jour.* — 11 *juin.* La diarrhée continue avec beaucoup de ténesme ; selles fréquentes (de 6 à 8 par nuit), elles sont formées de matières aqueuses, mais chaque fois peu abondantes. *Suppositoire opiacé tous les soirs. Après chaque selle, employer le lavement suivant : Pr. : Acétate de plomb* 1 *gramme* 25 *centigrammes; Eau distillée* 45 *grammes; Solution de chlorhydrate de morphine* 2 *grammes. M.* — 15 *juin.* Le malade se trouve mieux; au reste, l'excitation fébrile a diminué. — 21 *juin.* La diarrhée n'a pas cessé; les injections sont douloureuses et promptement rejetées, aussi les a-t-on interrompues. On prescrit une *décoction de quince du Bengale à la dose de* 15 *grammes, trois fois par jour.* — 27 *juin. Continuer la décoction et donner en outre, trois fois par jour, une des poudres suivantes : Pr. Craie préparée* 8 *grammes; Confection aromatique* 1 *gramme* 25 *centigrammes; Poudre d'opium* 0,19 *centigrammes. M. et divisez en douze paquets.* — 2 *juillet.* Les symptômes fébriles et la diarrhée ont beaucoup diminué; la peau est plus fraîche; pouls à 86, d'une force modérée; l'œdème des jambes est beaucoup moindre qu'auparavant. Le 4, le malade est plus mal; le 5, amélioration; le 8, diarrhée plus intense et retour des symptômes fébriles. Le 9, on examine le sang au microscope, et on découvre une augmentation des globules blancs (on en compte jusqu'à 20 et 25 dans le champ du microscope); les globules rouges se disposent d'eux-mêmes en masses irrégulières. Le 11, on interrompt les poudres et la décoction, et on administre une *potion composée de kino, cachou et simarouba.* Le 13, la diarrhée persistant, on prescrit de nouveau les poudres et, la nuit, une injection astringente. Du 15 au 17, amélioration; le 20, le malade va plus mal et ne quitte plus guère la chaise percée; le 21, amélioration, trois selles seulement; le 24, six selles; peau brûlante; pouls à 120, dur, et en apparence fort, quoique le sujet se plaigne d'une extrême faiblesse. — 26 *juin.* Grande soif; douleur à l'abdomen, calmée à l'aide d'une application de térébenthine. L'abdomen est tendu, la peau blanche, luisante et sèche; la percussion, en avant, est très tympanitique, légèrement sourde sur les flancs. — Le 28 juillet, le malade est très affaibli; les évacuations s'échappent dans le lit. L'urine ne contient pas d'albumine; on a constaté du délire le matin. — 29 *juillet.* Pas de retour du délire; le ballonnement du ventre augmente; persistance de la diarrhée et de l'état fébrile; pouls à 112, très-faible; soif intense. — 29 *juillet.* Mort ce matin, à 9 h. 30 m.

Autopsie. — Vingt-quatre heures après la mort.

Corps. — Pas trop amaigri; œdème des pieds et des jambes; face empreinte d'un cachet particulier de fièvre.

Thorax. — Cœur tout-à-fait normal. Les deux lobes supérieurs du poumon droit sont sains; le lobe inférieur très déprimé, présente, à sa surface, une proéminence arrondie d'environ sept centimètres de diamètre. A la coupe, on reconnaît une masse de cancer mou, de forme ovale, à peu près de la grosseur d'un poing, de couleur grise ou blanche rosée, parsemée de quelques taches opaques (reticulum). Ce tissu s'écrase sous la moindre pression, d'ailleurs une certaine partie est déjà en voie de ramollissement. Dans le voisinage on trouve deux autres masses, offrant à peu près le même caractère, de la dimension de petites billes de marbre. Le lobe inférieur du poumon gauche renferme une masse cancéreuse de la grosseur d'une noisette, le reste du poumon est intact. Les glandes bronchiales ne présentent rien de particulier.

Abdomen. — Le péritoine contient environ quatre litres et demi d'un liquide légèrement opalin. Le foie, de petite dimension, présente une surface grossièrement

Digitized by Google

granulaire. La coupe y montre un état de cirrhose peu avancé ; il pèse 1150 grammes. La rate est parfaitement saine et pèse 180 grammes. Reins normaux. Estomac sain. Les tuniques des petits intestins sont généralement épaissies et œdémateuses, mais ils n'offrent pas de trace d'ulcération. La membrane muqueuse du gros intestin est largement ulcérée, surtout dans les portions transverse et descendante du côlon. Il existe quelques ulcérations dans le cœcum et dans la portion supérieure du rectum ; mais elles disparaissent entièrement à environ sept centimètres au-dessus de l'anus. Le calibre de l'intestin est rétréci. Les ulcérations ont un caractère très chronique, puisqu'il n'y a aucune augmentation de vascularité dans la membrane muqueuse environnante. Elles affectent généralement une direction linéaire, parallèle à l'axe de l'intestin. Beaucoup sont déjà presque cicatrisées, et présentent, à leur base et sur leurs bords, une accumulation de pigment de couleur foncée. Il existe passablement de cicatrices ardoisées, indiquant la place d'ulcères antérieurs. On ne constate pas d'autres lésions.

Examen microscopique. — L'exsudat cancéreux des poumons contient de nombreuses cellules cancéreuses à tous les degrés de développement. Quelques-unes, très grandes, renferment de trois à cinq cellules secondaires. Plusieurs d'entre elles contiennent un liquide transparent, comme le représente la Fig. 331.

Commentaire. — Les trois cas que nous venons de décrire présentent la même maladie, à divers degrés de gravité. Dans le premier, il y a tout lieu de croire que, la lésion quoique sérieuse, n'était pas très étendue. Dans le second, elle avait un caractère plus chronique, toutefois le malade finit par guérir. Dans le troisième, l'ulcération devint si étendue, l'irritation fébrile si persistante, et, par suite, la nutrition si profondément troublée, que cet homme finit par succomber. L'autopsie révéla une affection ancienne du foie, laquelle avait provoqué l'ascite et l'œdème des extrémités. Survint ensuite l'inflammation de l'extrémité inférieure de l'intestin, spécialement du côlon, laquelle donna lieu à des ulcères qui avaient envahi une grande étendue de la surface muqueuse. En plusieurs endroits les ulcères étaient déjà guéris, et en d'autres ils présentaient une tendance à la cicatrisation ; il est même très possible que la guérison eût été le résultat final dans ce cas, comme dans le précédent, si l'affection du foie, en entretenant une congestion continuelle du système de la veine porte et, par suite, des vaisseaux capillaires intestinaux, n'avait pas, de la sorte, mis obstacle à tous les efforts curatifs de la nature. Les masses cancéreuses développées dans la portion inférieure des poumons, et qui produisirent plusieurs des symptômes de la pneumonie, spécialement la toux et l'expectoration, ne peuvent pas être considérées comme ayant eu quelque influence sur la terminaison fatale.

Dans le cas de Crease, j'ai employé, comme astringent, une décoction du fruit vert appelé communément quince du Bengale (*Indian Bael*). On dit que ce fruit contient du tannin libre et à l'état de combinaison, un principe aromatique, du mucilage, et une petite proportion d'une substance amère qu'on regarde comme sédative. La décoction doit être prise fraîche, et se prépare en faisant macérer soixante grammes du fruit vert dans un demi-litre d'eau que l'on fait réduire au quart. — Deux ou trois cuillerées à soupe constituent une dose. Chez un gentleman que j'avais

en traitement, et dont la diarrhée obstinée avait résisté à tous les remèdes ordinaires, cette décoction réussit à dompter le mal, après un petit nombre de doses ; depuis lors, je l'ai administrée avec grand profit dans des cas du même genre. Crease, il est vrai, n'en a retiré aucun avantage, mais lorsqu'il existe un grand nombre d'ulcérations sur une portion très étendue de la surface muqueuse, comment nos remèdes pourraient-ils exercer une influence quelconque sur les évacuations alvines ? Celles-ci sont le résultat de la lésion organique, de sorte que les médicaments qui n'auraient en vue que les symptômes, à moins qu'il n'aient pour effet de favoriser la cicatrisation, ne sauraient agir efficacement. Cette cicatrisation exige du temps, un bon état de santé générale, l'abstinence de toute nourriture irritante et de toute excitation mentale, le repos, le bon air, une eau pure, etc., etc. ; en un mot, les agents locaux doivent être combinés avec tous les remèdes généraux et toutes les conditions hygiéniques propres à stimuler l'activité vitale et à favoriser la reconstitution des tissus.

La diarrhée et la dysenterie passent assez souvent de l'une à l'autre ; une grande diversité de lésions peut occasionner la première, mais la seconde est considérée comme une véritable inflammation du gros intestin. D'ailleurs, les symptômes de la dysenterie sont les suivants : douleur locale, avec accompagnement de fièvre, évacuations intestinales, d'abord teintes de sang, ensuite mêlées de pus. Le sang est le produit de la rupture des capillaires, consécutive à la congestion, et se mêle au flux muqueux. L'exsudat liquide commence par suinter à la surface, et s'échappe ensuite des intestins, avec l'excès du mucus et du sang ; plus tard la matière purulente provient de la surface ulcérée de la membrane muqueuse.

Le caractère des évacuations alvines doit être soigneusement observé, non seulement dans la dysenterie, mais encore dans toutes les variétés de maladies intestinales. Dans l'état de santé, ces évacuations consistent en une masse solide molle, moulée en traversant l'orifice anal. Elles sont mêlées de bile et offrent une couleur brun-foncé. L'odeur, bien que fécale, n'est pas putride. En règle générale, plus l'évacuation alvine s'écarte de sa consistance normale, de sa couleur, de son odeur, plus intense est la cause qui a amené l'altération. Ainsi, sous le rapport de la consistance, les évacuations peuvent être liquides, bien que féculentes, semblables parfois à de la purée de pois, telles sont les selles caractéristiques du typhus. Elles peuvent être aqueuses, par suite de la présence d'une quantité excessive de sérosité résultant de la congestion vasculaire, ou provoquée par l'administration de sels neutres ou de purgatifs drastiques. Dans le choléra, les selles ressemblent à de l'eau de riz, et sont abondamment mélangées d'épithélium desquammatif pur. Elles peuvent consister en parcelles de mucus glaireux, ce qui est très commun chez les femmes, dans les maladies utérines ; quelquefois aussi, elles sont formées de masses d'exsudats fraichement coagulés, ou d'une substance semblable à du

Digitized by Google

blanc d'œuf. La couleur des selles peut être plus pâle qu'à l'état naturel, au point même de les rendre comparables à de l'argile; on en a vu de tout-à-fait blanches, et c'est l'indice d'une diminution dans la quantité de la bile. Elles peuvent être rouges, d'un brun-rouge, vert de gazon, ou absolument noires, par suite de la présence du sang, suivant que ce dernier s'est épanché dans l'intestin plus ou moins loin de l'orifice, ou qu'il a subi des altérations chimiques avant l'évacuation. D'autres fois encore les selles sont couleur de plomb foncé, ou d'un jaune sale et plus ou moins semblables à du pus. Si du pus et du sang apparaissent dans les selles presque purs, c'est que ces liquides y ont été versés non loin de l'orifice anal; plus ils sont mélangés de matière fécale ou liquide, plus leur point d'origine est éloigné. Des selles constamment liquides, d'une nuance uniforme, proviennent généralement des petits intestins. Quant à l'odeur, si elle est repoussante et putride, c'est un indice d'absence de la bile dans certains cas, et de l'affaiblissement de la force vitale dans d'autres. Dans l'examen des matières fécales, le microscope rendra les plus grands services (voir t. I, p. 117).

L'anatomie pathologique de la dyssenterie et de l'entérite en général offre un sujet très vaste, pour lequel je dois renvoyer aux traités spéciaux. Il suffira de dire que le siége de l'exsudation est, pour la plus grande part, dans le tissu aréolaire au-dessous de la tunique muqueuse, mais elle presse principalement sur la membrane muqueuse, et donne naissance à des hémorrhagies, à des ulcérations, à des matières purulentes, etc. Si l'affection est chronique, la tunique musculaire s'hypertrophie, produisant l'épaississement et la rigidité du tube intestinal. S'il survient une gangrène intense, la surface muqueuse, après la mort, présente une couleur rouge vive, causée par la congestion des vaisseaux; parfois de grandes taches vertes sont mêlées au rouge, et proviennent de l'altération de la couleur du sang extravasé; on observe aussi des eschares brunes ou noirâtres, par suite de la décomposition du tissu altéré. L'entérite typhoïde sera décrite ultérieurement (voir Fièvre). L'entérite tuberculeuse est une complication commune dans la phthisie, ayant pour effet, généralement, de précipiter la crise fatale. L'entérite cancéreuse est loin d'être exceptionnelle.

Les modifications structurales observées dans la membrane muqueuse, dans les cas de diarrhée et de dyssenterie sont : 1° la dégénérescence de l'épithélium; 2° la congestion des vaisseaux et l'hémorrhagie; 3° l'exsudation; 4° des altérations morbides dans diverses glandes; 5° la dégénérescence cireuse.

1° La rapidité avec laquelle l'épithélium se sépare de la membrane muqueuse intestinale, varie beaucoup avec les différents animaux. Ainsi j'ai trouvé qu'il se détache très facilement chez les chiens, tandis que chez les chats il est très adhérent. Cette circonstance explique, jusqu'à un certain point, la divergence des opinions au sujet de la fonction de l'épithélium dans la digestion. Quelques auteurs prétendent qu'il se détache

pour faciliter l'endosmose à travers les villosités dénudées; d'autres, au contraire, veulent que l'endosmose se fasse par l'intermédiaire des cellules épithéliales elles-mêmes et sur place; cette dernière opinion, soit dit en passant, me paraît être la vraie. Chez l'homme, les cellules épithéliales se séparent facilement, et leur séparation constitue un état morbide de la plus haute gravité, parce que, d'après moi, ce sont les organes de l'assimilation primaire, et que leur chute doit agir sur la nutrition. Je pense même que c'est là une des raisons pour lesquelles les diarrhées chroniques et spécialement le choléra, dans lequel les selles riziformes se composent principalement de sérosité, contenant de l'épithélium desquammatif, sont si accablantes pour l'économie. Naturellement l'action sur la nutrition qui en est la conséquence sera proportionnelle à l'étendue de la membrane muqueuse affectée.

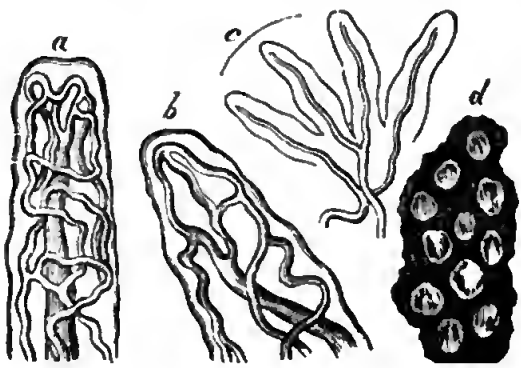


Fig 467

2° Une forte congestion du plexus vasculaire, qui se ramifie dans les villosités et autour des glandes, est une des lésions les plus communes se rencontrant après la mort, sur la membrane muqueuse intestinale; souvent elle est associée avec des épanchements de sang plus ou moins étendus. Cette lésion peut s'adjoindre à toutes les autres susceptibles d'affecter ce tissu, et se reconnaît à la fois à l'œil nu et au microscope. Dans tous les cas de diarrhée, de dysenterie et de choléra, on peut constater cette altération morbide.

3° Les exsudats se rencontrent sous la tunique cellulo-vasculaire, infiltrés dans le tissu aréolaire qui la sépare de la couche muqueuse, dans les villosités et tout autour des diverses glandes, ou, plus rarement, ils se montrent à la surface de la membrane muqueuse, en présentant des flocons adhérents. Dans le premier cas, l'exsudat subit les transformations ordinaires, donnant lieu, suivant les circonstances, à des produits purulents, à des excroissances fibreuses, à des ulcérations variant en étendue, lesquelles peuvent ou ne peuvent plus se cicatriser ensuite. Dans le

Fig. 467. Congestion vasculaire et sugillation de la membrane muqueuse du petit intestin dans le choléra. *a* et *b*, Vaisseaux tortueux congestionnés appartenant aux villosités, lesquelles sont dépouillées de leur épithélium; *c*, veines simplement congestionnées dans quatre villosités; *d*, extravasation sanguine sous la tunique cellulo-vasculaire et autour des glandes de Lieberkuhn. — (*Wedl.*) 50 *diam*

dernier cas, l'exsudat coagulé présente rarement une structure fibrillaire, mais plutôt une agrégation épaisse de substance fibrineuse amorphe, qui se désagrège ou se transforme en pus. Dans les villosités, il affecte souvent une couleur opaque brunâtre, et se transforme en cellules granulaires, tandis que le sang, qui avait été épanché ou arrêté dans les vaisseaux, passe à l'état de pigment noir. (Fig. 468, *b*, *c* et *d*.)

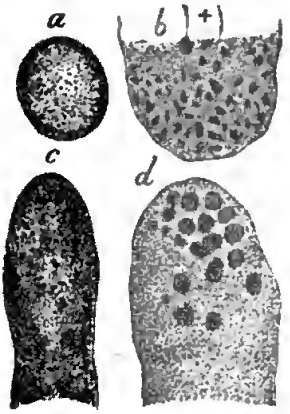


Fig. 468.

4. Les altérations morbides dans les glandes ont été plus spécialement étudiées dans leurs rapports avec la fièvre typhoïde, et j'y reviendrai, sous cette rubrique. Il ne saurait être douteux, cependant, que les glandes de Brunner et de Lieberkuhn, aussi bien que celles de Peyer, ne subissent des altérations constantes, semblables probablement à celles qui ont été décrites par le Dr Handfield Jones pour l'estomac; toutefois les recherches histologiques et cliniques laissent encore beaucoup à désirer sous ce rapport. Chez les enfants, dont la membrane muqueuse intestinale est très active et facilement irritable, les sacs clos de Peyer sont extraordinairement grands. (Fig. 469.)

5. La dégénérescence cireuse des villosités et de la membrane muqueuse, étendue à une portion plus ou moins grande de l'intestin, peut être considérée comme une cause active de diarrhée continue. Je me suis assuré de son existence dans beaucoup de cas de leucocythémie, où se rencontre une dégénérescence analogue dans certains autres organes, spécialement dans la rate, dans le foie et dans les reins. Une diarrhée incoërcible forme le symptôme prédominant de cette lésion. Ce tissu mince et translucide semble, dans cet état, favoriser la transsudation des liquides séreux; nous en verrons des exemples remarquables dans certaines formes de maladie de Bright.

Le *traitement* de la dysenterie ordinaire, telle que nous l'observons dans ce pays, réclame, comme on vient de le voir : 1° un régime scrupuleusement réglé, lequel doit être fortifiant mais non irritant. 2° Le repos au lit est de rigueur. 3° On prescrira l'usage des anti-acides et des astringents, pour arrêter les évacuations. 4° On aura recours aux sangsues, aux fomentations, aux cataplasmes et parfois à l'opium, dans le but de calmer la douleur et de diminuer l'irritabilité. Il ne faut pas cependant, perdre de vue que, si par suite de l'inflammation il peut y avoir diarrhée abondante, elle peut exister concurremment avec une véritable constipation. En d'autres termes, les matières qu'il est indispensable au corps d'évacuer, peuvent

Fig. 468. *a*. Masse granulaire au sein d'un exsudat à la surface de la muqueuse intestinale; *b*, sommet d'un villosité imprégnée de pigment noir en + dans un vaisseau; *c*, sommet d'une villosité contenant un exsudat brun; *d* autre villosité montrant un exsudat transformé en cellules et en masses granuleuses. — (*Wedl.*) 250 *diam.*

être retenues dans le cœcum ou dans la portion supérieure du canal, par suite de la contraction ou de l'irritabilité ayant son siége dans la portion inférieure du tube intestinal. Aussi est-il parfois nécessaire, d'administrer une petite dose d'huile de ricin, ou quelque autre laxatif doux, pour assurer l'écoulement hors de l'organisme de matières corrompues, et c'est là un point de pratique qui demande beaucoup d'attention et d'expérience.

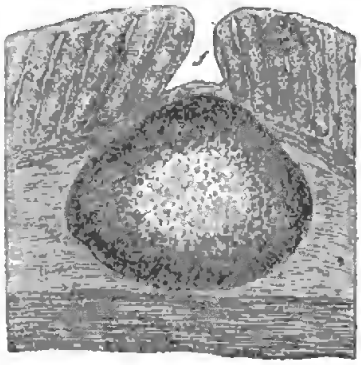


Fig. 469.

J'ai acquis la preuve, depuis longtemps, que dans la dysenterie violente et épidémique, le traitement antiphlogistique, suivi de calomel, etc., auquel on ne manquait pas de recourir autrefois, était contraire à une saine pathologie, dans ces sortes d'inflammations, comme dans toutes les autres. Aussi ai-je été heureux de constater (1) que le Dr W. L. Lindsay, médecin de l'hopital de Ballarat, a traité dernièrement au moins 65 cas, rien que par le repos et une alimentation appropriée, avec des résultats invariablement heureux.

Les dérangements du canal alimentaire constituent la grande majorité des maladies des enfants. Chez eux, cette partie de l'organisme est chargée d'un travail très actif, non-seulement pour son développement propre, mais encore pour la production, au moyen de la digestion et de l'assimilation, d'un excès d'éléments nutritifs pour le sang. Pendant cette période, les fonctions du canal alimentaire sont particulièrement prédisposées à se déranger, et souvent, comme conséquence des irritations qui s'y rattachent, il survient des affections convulsives ou diastaltiques. Dans tous les cas de l'espèce, le médecin doit s'appliquer à faire disparaître les causes d'irritation locale, et à renforcer la nutrition. Le premier point s'obtient le plus efficacement par les remèdes anti-acides, spécialement la chaux et la magnésie, et à l'occasion, au moyen d'un laxatif doux, comme l'huile de ricin; le second, par une attention scrupuleuse au régime, en procurant une bonne nourrice, etc. L'écoulement non-interrompu de salive, pendant la dentition, les vomissements qui résultent d'un trop plein de l'estomac, et les diarrhées chez les enfants faibles, sont souvent des évacuations salutaires, qui réclament simplement de la surveillance et de la régularité dans l'hygiène; ils ne seront donc plus désormais, il faut l'espérer, pris

(1) *Australian Medical Observer*. Oct. 1864

Fig. 469. Follicule de Peyer hypertrophié du côlon d'un enfant. *a*, Glandes de Lieberkuhn; *b*, tunique musculaire; *c*, tissu sous muqueux; *d*, fibres musculaires transversales; *e*, membrane séreuse; *f*, dépression de la muqueuse au-dessus du follicule clos *g*. — (*Kölliker*.) 50 *diam*.

pour les symptômes d'une inflammation active exigeant l'emploi de moyens antiphlogistiques.

Obs. XCII (1). — *Obstruction du gros intestin. — Cancer de l'estomac, du foie, du péritoine en général, et des glandes mésentériques.*

Commémoratif. — James Sturgeon, 21 ans, percepteur des contributions, est entré dans la salle clinique de la Royal Infirmary, le 14 septembre 1853. Il a remarqué la première fois, en janvier dernier, une certaine diminution de son appétit, il ne tarda pas à se sentir très incommodé par des flatulences, des vomissements et de la constipation. Ces symptômes durèrent trois mois, au bout lesquels l'abdomen devint gonflé, et graduellement si tendu qu'il eut recours au Dr Alison, sous le traitement duquel les vomissements cessèrent presque complétement. Alors il constata plusieurs masses dures dans l'abdomen, variant de la grosseur d'une noix à celle d'un œuf de poule. Elles n'ont cessé de prendre du développement depuis lors, et sont devenues très douloureuses sous la pression.

Marche de la maladie. — 26 *octobre*. Depuis le jour de l'entrée du malade, l'appétit a diminué de plus en plus. Il a éprouvé une vive douleur à l'abdomen, coïncidant avec un sentiment de tension et de constriction. Le ventre n'a jamais cessé d'être tendu, et renfermait plus ou moins de liquides, mais depuis une quinzaine, les tumeurs signalées précédemment peuvent être senties très distinctement, séparées des parois de l'abdomen par une mince couche de liquide. La constipation est très opiniâtre. Le traitement a consisté dans l'administration de diurétiques de toute nature, de purgatifs énergiques, de lavements, de fomentations chaudes sur l'abdomen et, à l'occasion, de potions anodynes la nuit.

En me chargeant de ce malade, aujourd'hui même, je l'ai trouvé dans les conditions suivantes : — grande maigreur; teint d'un aspect cachectique, comme de la cire; peau froide et sèche; langue humide, recouverte d'un enduit brunâtre; haleine repoussante; très peu d'appétit; vomissements par intervalles; pas de soif. Il n'y a pas eu de garderobe depuis quatre jours; une dose d'huile de ricin additionnée d'une goutte d'huile de croton n'a amené que quelques fragments de matière durcie d'une couleur foncée. Les purgatifs ne provoquent pas de colique. L'abdomen est très gonflé et distendu, mais ne donne pas la sensation distincte de fluctuation. Actuellement on ne sent pas les tumeurs, mais pendant l'inspiration, la main perçoit un frottement distinct; que l'on entend aussi au moyen du stéthoscope. La pression cause un sentiment vague de douleur, mais la sensation de constriction est assez pénible. Pouls à 70, régulier et faible. Le premier bruit cardiaque s'accompagne d'un murmure ayant son siège à la base de l'organe, dont action est régulière; pas de palpitations. Toux sèche et légère dyspnée. Le murmure respiratoire est faible mais n'offre rien d'anormal. Urine naturelle. Le malade s'est graduellement affaissé. De l'œdème s'est montré aux extrémités inférieures; les vomissements sont devenus plus violents, et bientôt continuels chaque fois qu'il prenait de la nourriture ou de la boisson. Tous les médicaments essayés échouèrent l'un après l'autre, même comme palliatifs; la maigreur devint extrême, et la mort arriva le 3 *novembre;* une constipation absolue persistait depuis dix jours.

Autopsie. — Quarante heures après la mort.

Thorax. — Le tissu pulmonaire est partout spongieux et crépitant. Le lobe supérieur du poumon gauche porte deux cicatrices, et, sur la plèvre pulmonaire droite, il existe des taches semblables, mais plus larges, dispersées sur tous les

(1) Recueillie par M. W. Calder, élève du service.

lobes : supérieur, moyen et inférieur. La moindre pression fait suinter un mucus purulent, de plusieurs des bronches. Il n'y a pas de nodules cancéreux dans le tissu pulmonaire, mais toute la plèvre intercostale est garnie de petites taches irrégulières d'exsudat cancéreux, offrant une remarquable analogie avec l'éruption de la petite vérole. Le cœur est petit ; sa substance musculaire est d'un pâle fauve. Le péricarde montre à sa surface externe de nombreuses masses cancéreuses, d'une grosseur variant depuis une tête d'épingle jusqu'à une petite fève de café aplatie. Les glandes bronchiales à la racine du poumon sont gonflées, plusieurs d'entre elles ont atteint la grosseur d'un œuf de pigeon ; toutes sont infiltrées de cancer, et plusieurs sont teintées de pigment noir.

Abdomen. — Le foie présente une surface unie. Sa face supérieure et les côtés ont contracté des adhérences étroites avec le diaphragme, dont la surface pleurale est recouverte comme de lamelles de matière cancéreuse. En enlevant le diaphragme, on voit la surface péritonéale du foie pénétrée de cancer, en différents endroits jusqu'à la profondeur d'un bon centimètre. La substance de l'organe présente l'aspect ordinaire du tubercule blanc de Farre, il est pâle, mou et très graisseux. Le lobe de Spigel, l'épiploon, les glandes épigastriques, la rate et le pancréas sont soudés ensemble, et constituent une grande masse irrégulière blanchâtre, s'étendant à travers l'abdomen, et du poids de 2 kilogrammes. Cette masse forme, du côté droit, un coin épais pressant, dans la fosse iliaque droite, sur le côlon ascendant, à l'endroit précis où il se sépare du cœcum. Cet intestin est rempli, sans être distendu, de matières fécales jaunes, fermes, mais le côlon ascendant, descendant et transverse est vide et affaissé. Le péritoine intestinal est marqué de taches nodulaires saillantes, variant en volume depuis un grain de millet, jusqu'à une noisette ; en couleur, depuis le blanc, jusqu'au rouge vif, et même jusqu'au noir, et en consistance, depuis celle d'une substance pulpeuse molle, jusqu'à celle de nodules considérablement durcis. L'ensemble du péritoine abdominal est entièrement recouvert de semblables nodules irréguliers, la plupart de consistance molle, présentant ça et là un peu de sang coagulé. La cavité péritonéale renferme neuf litres de sérosité sanguinolente. La rate est petite, mais naturelle ; elle adhère partout au diaphragme par sa face supérieure, et à la masse cancéreuse par en bas ; à la coupe, elle paraît enduite d'une légère couche de cancer infiltrée dans le péritoine à sa face supérieure, tandis qu'inférieurement la masse cancéreuse environnante a trois centimètres d'épaisseur. L'estomac est compris et en même temps comprimé dans la masse cancéreuse, laquelle est partout adhérente à sa surface péritonéale. La muqueuse, aussi bien que celle du canal alimentaire, paraissent parfaitement saines. A la coupe, l'organe présente uniformément l'aspect de lard blanc, offrant sous le doigt une remarquable résistance. Il ne laisse suinter aucun suc cancéreux, mais il est friable et s'écrase sous une faible pression.

Examen microscopique. — Partout l'exsudat cancéreux du péritoine présente de nombreuses cellules cancéreuses, en plusieurs endroits mêlées de fibres, en d'autres, combinée avec de nombreux granules graisseux et des cellules granulaires. Les masses blanches de la plèvre se composent principalement de fibres ; mais par l'addition d'acide acétique, on les voit remplies de noyaux cancéreux.

Commentaire. — Il est digne de remarque que chez notre malade, les vomissements ne se produisaient pas régulièrement après l'ingestion des aliments et que les matières rejetées étaient semblables à celles qui avaient été absorbées, sans être jamais mélangées de sang récemment épanché, ou déjà altéré. Ceci indiquait qu'il n'y avait ni ulcère ni érosion dans l'estomac. La preuve que le péritoine et les glandes mésentériques étaient les organes particulièrement atteints, résulte de gonflements nodulaires,

du bruit de friction qu'on pouvait entendre au-dessus du péritoine, et du gonflement de l'abdomen, par suite de l'accumulation des liquides. La constipation persistante était également l'indice de quelque coarction mécanique du canal, causée évidemment par le dépôt cancéreux qui le comprimait ou l'avait rétréci en certains points. — Toutes ces conclusions viennent d'être confirmées par l'autopsie.

Obs. XCIII (1). — *Etranglement du petit intestin par suite de hernie inguinale. — Gangrène, ulcération et perforation de l'intestin. — Péritonite.*

Commémoratif. — Margaret Bruce, 47 ans, entrée le 25 septembre 1848, déclare qu'elle a eu à divers intervalles, durant ces neuf dernières années, un gonflement à l'aine gauche, qui s'est toujours dissipé en se couchant et par l'application de fomentations chaudes. Le 18, en montant les escaliers avec un grand seau d'eau, elle sentit quelque chose qui descendait dans la région inguinale gauche. Le lendemain matin, elle s'éveilla en sursaut, avec des frissons suivis bientôt de nausées et de vomissements. L'aine gauche était également douloureuse, et elle y sentait une tumeur de la grosseur du poing. Elle prit des purgatifs mais il n'en résulta aucune évacuation. Les vomissements, cependant, devenaient plus intenses, et les matières rejetées étaient d'une couleur brune foncée. Cet état de chose n'a pas changé depuis lors.

Symptômes a l'entrée. — La malade est couchée sur le dos, les cuisses repliées sur l'abdomen. Ses traits sont grippés, blêmes et expriment une grande souffrance. Les extrémités sont froides. Pouls à 120, petit et faible. Respiration difficile, surtout l'inspiration. La percussion et l'auscultation de la poitrine ne révèlent rien d'anormal. Langue blanche, mais rouge à l'extrémité et sur les côtés. Pas de selles depuis huit jours, et fréquents vomissements d'une substance qui ressemble à du café. La peau de l'abdomen est chaude et tendue, et le moindre contact détermine une vive douleur dans les régions ombilicale et iliaque gauche. Une tumeur fluctuante de la grosseur d'une orange, occupe l'aine gauche, au-dessus du ligament de Poupart. Urine rare, mais normale. Les règles étaient irrégulières. Les autres fonctions sont normales. M. Syme consulté ouvrit la tumeur, de laquelle il sortit environ 150 grammes d'une sérosité fétide, mêlée avec une substance jaune sale. *Appliquer des fomentations chaudes sur l'abdomen. — Administrer immédiatement* 0,06 *centigrammes d'opium, sous forme pilulaire.* — Le soir, les mêmes symptômes se reproduisent, seulement la douleur abdominale est encore plus violente; c'est, dit-elle, comme si on la coupait en deux. On lui a passé trois injections d'eau chaude, qui sont revenues sans mélange. Prescr. 0,12 *centigrammes d'opium en poudre, toutes les heures.*

Marche de la maladie. — 26 *septembre.* Pas de changement. L'opium ne produit aucun effet. Donner du fort beef-tea en petites quantités et de la glace à discrétion. — 27 *septembre.* Vomissements, douleur abdominale, et obstruction intestinale comme précédemment. Le ventre est considérablement gonflé. La plaie de l'aine gauche présente un aspect peu rassurant. On calme la soif et la sécheresse des lèvres et de la gorge, au moyen de morceaux de glace. *Elle a pris de l'opium, à la dose de* 0,19 *centigrammes, toutes les deux ou trois heures :* il n'en est résulté aucune espèce d'effet appréciable. — 29 *septembre.* Les matières vomies aujourd'hui sont visiblement fécales. Le ventre, au-dessus du nombril et dans le flanc gauche, est fortement gonflé, très sensible et tympanitique; vers le tiers inférieur du flanc droit il est déprimé. Un pus ichoreux s'écoule de la plaie de l'aine gauche. Pouls

(1) Recueillie par M. T. N. Fanning, élève du service.

à 110, très faible et très petit. Langue brune et sèche. La malade a toute sa connaissance mais est très accablée. Elle gémit sourdement, et se plaint surtout de la sécheresse de la bouche et de la gorge. On continue à la soulager au moyen de glace. La constipation persiste. — *Donner une cuillerée de vin et de beef-tea toutes les heures. Injecter soir et matin, par l'anus 250 grammes de beef-tea. Administrer tous les soirs 0,18 centigrammes d'opium en poudre.* — *30 septembre.* Des matières fécales sortent par l'ouverture inguinale, elles offrent les mêmes caractères que celles rendues par les vomissements. La malade ne se plaint plus, mais a un commencement de délire. Pouls à 100, à peine perceptible. Prostration extrême. Distension de l'abdomen, autres symptômes invariables ; mort le 1r *octobre.*

Autopsie. — Trente-six heures après la mort.

Corps pâle et amaigri. Au-dessus du ligament de Poupart on constate un ulcère ovale, mesurant près de quatre centimètres dans son plus grand diamètre, légèrement oblique de haut en bas. Cet ulcère est peu profond, d'une couleur brune foncée, et répand une odeur fécale.

Thorax. — Quelques légères adhérences chroniques existent entre les plèvres du côté droit. Les poumons sont un peu emphysémateux à leur face antérieure. Les autres organes de la poitrine n'offrent rien à noter.

Abdomen. — En ouvrant la cavité abdominale, on trouve le foie, l'estomac et les intestins, à la partie supérieure, uniformément recouverts d'une couche de lymphe sous forme de fausse membrane. Le reste des intestins et l'utérus sont soudés ensemble, et déjetés dans le côté gauche du pelvis, laissant un vide considérable dans le côté droit, où il n'y a rien, si ce n'est un demi litre environ d'un liquide sale, rouge-brun, répandant une forte odeur fécale. En séparant les intestins, on trouve un fragment de l'ilium, vers son tiers supérieur, étranglé dans l'anneau inguinal gauche et présentant à l'extérieur, en formant la base de l'ulcère, deux saillies molles. A leur sommet se voient deux ulcères déchiquetés perforant l'intestin. A la partie supérieure, la sonde pénètre à peine de quelques millimètres; à la partie inférieure, elle traverse facilement la portion dilatée de l'intestin situé au-dessus. Le duodenum, le jejunum, et environ un mètre de l'ilium jusqu'au point de l'étranglement, sont fortement distendus par des gaz et par des matières liquides, semblables aux matières trouvées dans le côté droit de la cavité du péritoine. Les petits et les gros intestins au-dessous de l'étranglement sont affaisés et en apparence contractés. A environ vingt centimètres de l'étranglement, dans la portion supérieure du canal, il existe un ulcère de la largeur d'un sou, avec deux perforations au centre, chacune d'environ du diamètre d'une plume d'oie, à travers lesquelles les matières fécales liquides s'écoulaient dans la cavité du péritoine. A quarante-cinq centimètres environ de l'étranglement, l'ilium est d'une couleur d'acajou foncé, et au centre, aussi bien que dans le voisinage de l'étranglement, d'une couleur de vin de Bordeaux, évidemment gangreneuse. Le reste des intestins et les autres organes abdominaux sont intacts dans leur structure. La vésicule biliaire est gonflée par un liquide épais semblable à du goudron.

Commentaire. — Dans le cas qui nous occupe, l'intestin a été étranglé dans l'anneau inguinal, sept jours avant l'entrée, et les symptômes présents au moment de l'admission, n'étaient pas exclusivement ceux d'une obstruction intestinale, mais bien de la péritonite. Des purgatifs avaient été administrés vainement. M. Syme constata un abcès qui fut ouvert sans amener de soulagement. Cet abcès était extérieur et recouvrait la hernie. Le soir, la péritonite et des symptômes de perfora-

tion apparurent moins équivoques, et la situation devint désespérée. L'opium pris à grandes doses fut impuissant à calmer la douleur. L'iléus se montra le 11, et il se fit un anus artificiel le 13, sans aucune espèce de soulagement; la gangrène et la perforation de l'intestin avaient occasionné un épanchement de matière fécale dans le péritoine, et la mort s'ensuivit nécessairement.

Les deux observations précédentes nous montrent deux modes d'obstruction parfois permanente du canal intestinal, à savoir : une production morbide qui vient le comprimer du dehors, et l'étranglement qui résulte d'une hernie. On trouvera un exemple d'obstruction interne, par une bande de lymphe, agissant à l'instar d'une ligature, et resserrant l'intestin, à l'article Hydropisie de l'ovaire. (Obs. de Jessie Fleming.) Diverses autres causes peuvent aussi amener une obstruction permanente, telles que l'invagination, l'inflammation, la gangrène, la paralysie, etc. Dans la plupart de ces cas, la distension de la portion supérieure de l'intestin se produit en même temps que le collapsus de la portion inférieure, suivie, à la longue, d'ulcération ou de rupture, et amenant une péritonite fatale. Les vomissements sont un symptôme ordinaire à l'obstruction permanente, et lorsque la maladie est très avancée, les matières fécales remontent leur cours naturel et sont rendues par la bouche, constituant l'iléus, comme dans l'Obs. XCIII.

L'explication pathologique de cette action anti-persistaltique des intestins a été beaucoup controversée, spécialement la question de savoir s'il faut l'attribuer primitivement à une contraction spasmodique ou à la paralysie. Dans tous les cas de l'espèce, on a constaté qu'une portion de l'intestin était démésurément distendue, et une autre relachée, alors même qu'il n'existait pas d'obstruction mécanique. Une portion du canal peut être enflammée, même gangréneuse, donnant naissance à l'iléus, sans que le passage soit pour cela actuellement obstrué (1). Dans ce dernier cas, la cause de l'obstruction qui amène l'iléus n'est pas facile à déterminer; mais le raisonnement d'Abercrombie sur ce sujet m'a toujours paru si juste, que je le rapporterai dans ses propres termes : « Si nous supposons une portion considérable du canal dans un état de relâchement, et une masse de matière alimentaire poussée dans cette portion par la contraction des portions supérieures, les séries d'actions qui se produiront seront probablement les suivantes : — Quand une portion que nous appellerons n° 1, pousse son contenu dans une portion n° 2, la puissance exercée doit être telle qu'elle propulse ce contenu et qu'elle se rende maîtresse de la contraction tonique du n° 2. La portion n° 2 alors se contracte à son tour, et pousse son contenu dans le n° 3; celui-ci dans le n° 4, et ainsi de suite. Cependant, pour que cette marche ait lieu dans des conditions normales, il est nécessaire que chaque portion agisse en harmonie avec les autres; mais il se

(1) Voir Abercrombie, Maladie de l'estomac et des viscères abdominaux. Obs. XXXI et XXXVI.

présente plusieurs cas dans lesquels nous pouvons supposer le dérangement de cette harmonie. 1° Si la portion n° 1 s'est contractée et a poussé son contenu dans le n° 2, et que le n° 2 ne se contracte pas à son tour, la fonction d'ensemble sera jusqu'à certain point interrompue et le contenu restera logé dans le n° 2 comme dans un sac inerte. Les portions supérieures continuant à agir vers le bas, il se produira l'une des deux conséquences suivantes : ou bien les portions supérieures seront excitées à une contraction plus grande, et le contenu sera poussé jusque dans le n° 3, en dépit du n° 2, et ainsi l'action ne sera pas interrompue ; ou bien de nouvelles matières étant introduites dans le n° 2, celui-ci se distendra de plus en plus, jusqu'à ce qu'une interruption de la dernière gravité se produise dans la fonction du canal. — 2° Si, dans la série des fonctions qui viennent d'être exposées, le n° 2 se contracte à son tour, tandis qu'il existe un obstacle pour la libre dilatation du n° 3, il est probable que le mouvement sera interverti de telle façon que la contraction du n° 2 en vienne à dilater le n° 1, et que l'action ensuite soit transmise à rebours. Il peut se présenter dans la situation des portions que nous examinons, des variétés qui paraissent devoir apporter des différences importantes dans ces phénomènes. L'obstruction et la dilatation du n° 3 peuvent exister à divers degrés ; à un degré inférieur, elles ne l'empêcheront pas d'agir en harmonie avec les autres portions, lorsque la quantité du contenu est petite et ne requiert qu'un médiocre degré de dilatation. Mais lorsque la dilatation des portions supérieures devient plus considérable, soit par l'augmentation du contenu solide, soit par suite de quelque accumulation accidentelle de gaz, alors il peut arriver qu'il faille un plus grand degré d'expansion que le n° 3 n'en est capable, et de la sorte peut avoir lieu l'interruption de l'action harmonique du canal. Il est probable que c'est de cette façon, par suite de l'existence d'affections organiques légères du canal, que nous rencontrons des malades exposés à des crises douloureuses et à d'autres symptômes concomitants, lesquels ne se produisent, dans le principe, qu'à de longs intervalles irréguliers, avant d'aboutir finalement à un itéus fatal. »

Je rappellerai ici un cas instructif, celui d'un homme du nom de John Johnstone, depuis longtemps porteur d'une hernie inguinale, et chez lequel comme conséquence de l'étranglement, des vomissements violents et des douleurs abdominales s'étaient produits trois jours avant l'admission. Le troisième jour il eut recours à un médecin qui l'envoya à notre clinique, sans avoir découvert la hernie. C'était la conséquence naturelle de ce qu'il n'avait pas examiné le malade. (Voir t. I, p. 35. Règle 4) ; et cet exemple nous prouve la nécessité d'étudier à fond la nature de toute maladie, plutôt que de s'en rapporter à la hâte aux symptômes les plus extérieurs indiqués par le patient. Or, il arriva que la hernie disparut naturellement trois heures après l'arrivée de cet homme, avant que je l'eusse vu ; à partir de ce moment, tout ne tarda pas à rentrer dans l'ordre.

Le traitement de l'obstruction intestinale, quelle que soit son origine, est un sujet qui exige toujours une sérieuse attention. Au premier abord il

est plus ou moins difficile de déterminer s'il y a simplement constipation opiniâtre, laquelle peut être maîtrisée par le moyen de purgatifs, ou s'il existe quelque obstruction mécanique qui rendrait l'usage de ces purgatifs inutiles et peut-être dangereuse. Pour ces motifs, je pense qu'on doit s'imposer comme règle, d'administrer en toute hypothèse un bon purgatif, pour la bonne raison que, non-seulement son action peut triompher de diverses formes d'obstruction simple, mais encore parce que sans cela il est impossible de décider s'il y a obstruction absolue ou non. Aussitôt qu'on a pu se rendre compte de la situation, toute tentative de stimuler l'action du canal par le haut doit cesser, et il faut avoir recours aux calmants pour diminuer le spasme, l'irritabilité, et s'il se peut, provoquer le relâchement. On en viendra aux moyens chirurgicaux, si la nature des accidents le demande, ainsi qu'aux opérations qui auraient pour but de faire cesser l'étranglement ou d'extraire les matières accumulées. On peut dilater le côlon au moyen d'huile, d'air et d'autres liquides, à l'aide de long tubes. Ces points importants, néanmoins, rentrent si formellement dans la chirurgie, que je ne crois pas devoir insister ici sur leur emploi.

VERS INTESTINAUX.

Les observations des helmintologistes modernes, mais spécialement celles de Van Beneden, de Siebold, de Dujardin, de Leuckart, de Steenstrup et de Blanchard ont écarté le mystère qui avait si longtemps enveloppé l'origine des vers solitaires et des autres entozoaires. Il est établi maintenant que les vers solitaires ne sont qu'un degré de développement ultérieur des cysticerques, tout comme les douves sont un degré ultérieur de développement de certaines cercaires. Cette importante découverte est le fruit de recherches auxquelles se livrent actuellement, et avec tant d'ardeur, beaucoup d'anatomistes et de physiologistes qui s'occupent d'embryologie; ces recherches ont démontré que plusieurs animaux, qui jusque là avaient été considérés comme des espèces parfaitement distinctes, ont entre eux une relation aussi intime que la chenille avec le papillon.

Le professeur Siebold, le premier, a établi que le *Cysticercus fasciolaris* qu'on trouve dans le foie de la souris, atteint son dernier degré de développement dans les intestins du chat, et se transforme là en *Tænia crassicollis* (1). Le fait fut confirmé par une série attentive d'observations

(1) Le fait de la transmigration de certains vers avait déjà été soupçonné, vers la fin du siècle dernier, notamment par Albigaard, puis par Bloch, Pallas, etc. Siebold découvrit l'identité du cysticerque du foie de la souris avec le scolex ou tête du tænia crassicollis du chat, mais il prit le premier pour un tænia égaré, malade et hydropique. C'est au professeur Van Beneden, de Louvain, que revient l'honneur d'avoir définitivement éclairci la question si obscure de la vie et des métamorphoses de certains helminthes. Dès lors, l'observation de Siebold devenait un phénomène intelligible, et la voie des expériences à faire était toute tracée. P. L.

du Dr Henry Nelson, lequel, dans une thèse présentée à notre Université, en 1850, a nettement tracé et défini les diverses phases par lesquelles passe le ver solitaire du chat. Chaque anneau de ce ver est estimé contenir 125,000 œufs, ce qui donne, pour l'animal entier, environ 12,500,000 œufs. Ces corps si petits passent dans les matières fécales, en nombre incalculable et s'introduisent dans le corps de la souris, mélangés à la nourriture ou à la boisson, ou peut être avalés lorsqu'elle lèche sa peau velue à laquelle ils adhèrent. Du canal alimentaire de la souris il peuvent passer dans le foie de l'animal de trois manières : 1° En remontant les conduits de la bile. 2° En traversant les tissus de l'intestin et pénétrant ainsi dans la portion avoisinante du foie. 3° En se frayant un passage jusque dans l'une des veines mésentériques, d'où ils sont charriés avec le sang en suivant la veine porte jusque dans le foie. Le Dr Nelson considère ce dernier mode de pénétration comme le plus probable, attendu que, comme il le démontre, les germes sont munis de dents temporaires, qui leur permettent de percer les tissus. Qu'ils ne perforent pas l'intestin, pour se porter de là dans le foie, cela résulte de ce fait, qu'ils sont plus développés à la surface de cet organe, et moins à l'intérieur. On ne les rencontre pas non plus spécialement dans les conduits biliaires, comme les *Distomes*. Donc, les vaisseaux sanguins seraient le canal au moyen duquel ils s'introduisent dans le foie, — supposition du reste confirmée par les faits dont le nombre s'est rapidement multiplié, et qui ont révélé la présence des entozoaires, aux différents degrés de leur développement, dans le sang lui-même. Arrivés au foie, ces œufs se transforment en *cysticerques fascioulaires* et jamais ils n'acquièrent un développement ultérieur dans les souris; mais une fois avalés par le chat, ils deviennent vers solitaires et se transforment en *Ténias crassicolles*.

Ces diverses observations rendent probable l'opinion que les diverses variétés de ténias sont simplement des *Cysticerques*, et n'en diffèrent que par un degré plus avancé de développement. Le Dr Nelson établit que « la tête du *Cysticercus cellulosae* ressemble à tous égards à celle du *Tænia solium* de l'homme. Les deux figures qu'en donne Bremser sont identiques, si l'on allonge un peu le cou du dernier. Tous deux ont une double rangée de crochets, et, bien que le *Tænia solium* de rencontre quelquefois dépourvu de dents, Bremser a prouvé péremptoirement que cette particularité est uniquement le résultat de l'âge : l'une des rangées de la double couronne tombant la première, et l'autre bientôt après, de façon à laisser le ver désarmé. La dimension de la tête, dans tous deux, est égale, et pareils aussi sont le cou aminci et le corps graduellement allongé. » De plus, l'homme se nourrit d'animaux dans lesquels ces cysticerques sont communs, spécialement du porc et du mouton ; et on a observé que dans les pays où l'on fait un large usage de cette viande mangée crue, comme dans l'Abyssinie, le ver solitaire est très commun. La raison de la présence plus rare du ténia dans les pays civilisés, tient probablement à la cuisson de la nourriture, laquelle détruit la vitalité des

cysticerques. Saler ou fumer à fond la viande parait produire le même effet. Néanmoins on comprend facilement que, par suite de la cuisson imparfaite de la viande, ou de la ténacité vitale de certains de ces animaux (plusieurs variétés résistent sans dommage à de très hautes températures), ils puissent aussi échapper à l'action de la dent, arriver vivants jusqu'à l'estomac de l'homme, et s'y transformer en jeunes ténias.

Ces vues concernant l'origine des vers solitaires se sont changées en certitude avec les expériences du Dr Küchenmeister, relatées pour la première fois dans le *Prague Vierteljahrschrift* (vol. 1. 1852, p. 126). Il fit manger à des chiens et à des chats de la chair d'animaux infestée de diverses variétés de cysticerques, et, comme conséquence, il retrouva les vers solitaires en lesquels ces cysticerques s'étaient transformés. Le degré de développement variait, selon qu'il avait prolongé plus ou moins la vie des animaux qui avaient ingéré la viande infestée. Toutes les précautions désirables paraissent avoir été prises pour ces expériences; l'une d'entre elles mérite d'être rapportée. — Un vieux chien, pendant une période de six à huit semaines, fut soumis à de nombreux purgatifs d'huile de ricin, afin d'écarter toute possibilité de la présence de vers solitaires. Le 18 mars 1851, on lui donna à manger de la viande contenant dix cysticerques; le 25 il en absorba un plus grand nombre; puis, le 1er avril, une quantité qui ne fut pas comptée. Le 10 avril on tua le chien, et on trouva dans les intestins trente-cinq ténias, dont cinq avaient de 124 à 390 millimètres de long, et de 130 à 160 anneaux. Six autres mesuraient de 25 à 96 millimètres de long, et avaient de 40 à 60 anneaux. 21 encore plus petits mesuraient de 8 à 16 millimètres; leurs anneaux étaient si peu distincts, qu'ils ne purent être comptés. Enfin, on en trouva encore trois, ayant de 4 à 5 millimètres, et dont on pouvait à peine distinguer les anneaux. Eu égard au mode de développement et d'élongation de ces sortes de vers, leur longueur ne fournissait pas un caractère aussi péremptoire de leur degré de développement, que la dimension de la tête et des crochets, qui correspondait aux trois époques auxquelles les cysticerques avaient été absorbés. Des résultats semblables ont été obtenus chez les chats, et même chez un homme, — un condamné à mort, — auquel Küchenmeister avait donné des cysticerques dans du bouillon, et dans le canal intestinal duquel on trouva des vers solitaires après l'exécution.

En donnant à des chiens du foie de souris infesté de *cysticerques fasciolaires*, le Dr Küchenmeister n'a jamais retrouvé de ténias dans les intestins. Mais en faisant manger ce foie à des chats, les intestins de ces derniers contenaient bientôt des *tænias crasicolles*. Cette observation prouve non-seulement que certains cysticerques se transforment en ténias, mais encore que les premiers ne peuvent opérer leur transformation que dans certains habitats, ou dans des espèces d'animaux déterminées. Bien que l'état actuel de nos connaissances ne nous permette pas de préciser de quelles sortes de cysticerques proviennent plusieurs espèces de ténias, il semble pro-

bable, d'après les observations de Siebold, de Nelson et de Küchenmeister, que le *cysticercus fasciolaris* de la souris se transforma en *tænia crassicollis* du chat; le *C. pisiformis* des lièvres et des lapins en *T. crassiceps* du renard; le *C. tenuicollis* des ruminants et des écureuils en *T. serrata*, si commun chez le chien; et le *C. cellulosæ* du cochon, du mouton, du lapin en *tænia solium* de l'homme. Il est aussi passablement certain, d'après les observations d'Eschricht, que le *Bothriocephalus latus*, qui se trouve chez l'homme dans certains pays, spécialement en Russie, est le développement ultérieur d'une espèce de *Ligula*, qui existe en grande quantité dans la chair du dorse et d'autres poissons des mers septentrionales.

De nombreux exemples se sont présentés, notamment dans l'Inde, où les hommes campés sur les bords des lacs, ont été atteints du ver solitaire, évidemment introduit avec l'eau qu'ils avaient absorbée et qui contenait des œufs du parasite. On sait également que le même ver a infesté des Hindous qui ne mangent jamais de viande. Il n'est donc pas douteux que les œufs si nombreux évacués par les animaux ne puissent s'introduire dans les intestins de l'homme avec les aliments et la boisson, et s'y transformer en ténias. Ce mode direct d'introduction ne doit pas être perdu de vue, nonobstant l'origine plus commune et incontestable du ver à l'état enkysté, comme on l'observe ordinairement dans les *tissus* de certains animaux. Le Dr Fleming croit que la fréquence des cas de ladrerie chez les porcs, en Irlande, est due à cette circonstance que le cochon étant élevé dans la cabane du paysan, s'y trouve communément dans la compagnie d'un chien, animal qui est presque toujours infesté du ver solitaire et doit évacuer une multitude de petits œufs qui se mêlent facilement à la nourriture du premier. « L'expérience prouve, » dit-il, « que les vésicules de la ladrerie s'engendrent dans les muscles du cochon, par suite de l'absorption d'anneaux mûrs du ver solitaire du chien (le *tænia serrata*, qu'on regarde actuellement comme le même que le *tænia solium* ou ver solitaire de l'homme), et que le même ver solitaire se développe dans les intestins du chien qui mange du porc frais atteint de ladrerie. On ne produit pas la ladrerie chez le chien en lui faisant absorber des œufs de ver solitaire (1). » Pourquoi chez certains animaux ces œufs se transforment-ils complétement en ténias dans les intestins, tandis que chez d'autres ils s'introduisent dans le sang et ne se transforment qu'en vers enkystés dans le foie, dans le cerveau ou dans d'autres organes? cela tient probablement à des particularités de structure qu'on n'a pas encore découvertes jusqu'ici (2).

(1) *Dublin Quaterly Journal of Med. Science.* Fév. 1857.

(2) Il paraît établi, néanmoins, que les œufs du *tænia solium* introduits dans l'estomac de l'homme, peuvent y éclore; mais au lieu de se développer ensuite dans le canal intestinal, ils pénètrent dans les divers tissus : muscles, cerveau, cœur, etc. Des médecins savants, entre autres Demarquay, Werner, Rimly ont même rapporté des cas de ladrerie véritable chez l'homme.

Digitized by Google

L'importance de la tête du ver solitaire, considérée depuis si longtemps par les praticiens comme la seule preuve certaine de l'expulsion complète du parasite, a également été confirmée par les recherches des helminthologistes qui ont étudié l'anatomie et le développement de ces animaux. Malgré les doutes émis par Van Beneden, sur la question de savoir si les canaux latéraux sont reliés avec le système digestif, et quoiqu'il les considère comme des organes secréteurs spéciaux, le Dr Nelson, dans sa thèse, dit les avoir distinctement poursuivis jusque dans les suçoirs du *Tænia crassicollis*. De chacun des quatre suçoirs descendent des canaux, qui se réunissent ensuite, deux par deux, pour former les canaux latéraux. Il a décrit aussi avec soin le mode de nutrition et celui de la propulsion du contenu de ces canaux, depuis le segment céphalique, jusqu'au segment caudal. Il résulte de là que la tête a son importance au point de vue de la nutrition de tout l'animal.

Mais la tête a une importance encore plus grande, comme l'a démontré Van Beneden, puisque c'est d'elle que proviennent tous les anneaux, par voie de reproduction gemmifère, les premiers formés étant successivement poussés plus avant, et acquérant ensuite un plus grand développement. Voilà pourquoi les anneaux près de la tête sont étroits et deviennent plus longs et plus larges en se rapprochant de la queue. Ces anneaux de la queue, au bout d'un certain temps, se détachent, et des œufs fécondés naissent, après leur introduction dans l'estomac d'un nouvel animal, des embryons munis de trois paires de crochets et appelés, à cause de cela, embryons hexacanthes. Cet embryon ou encore protoscolex, après avoir trouvé un endroit favorable à son évolution, devient, ou plutôt, comme s'exprime M. Van Beneden, engendre par voie agame un nouvel individu engainé dans sa propre mère, et qui demeure dès lors enkysté dans les tissus. Cette nouvelle forme ou deuto-scolex, après avoir passé, ordinairement avec le sujet infesté, dans un nouvel habitat, on, pour mieux dire,

Une situation curieuse, où se rencontrent parfois des cysticerques, ce sont les milieux transparents de l'œil, où l'on a eu plusieurs fois l'occasion d'étudier leur évolution à l'aide de l'ophthalmoscope. Ces faits ne sont d'ailleurs pas si rares et il n'est guère de médecin s'occupant d'ophthalmologie qui n'en ai vu. Dans les cas où l'on a pu apercevoir le parasite à son arrivée dans le globe, on l'a toujours trouvé en premier lieu dans les membranes vasculaires ou dans leur voisinage, entre la choroïde et la rétine, dans la substance de l'iris; cette particularité tendrait à prouver que ces embryons suivent les canaux circulatoires, où ils seraient charriés avec le sang, et, bien qu'ils soient armés pour cela de trois paires de crochets, ne traverseraient point toute l'épaisseur des tissus. Un autre fait non moins curieux, c'est que le plus souvent ces embryons, lesquels s'enkystent, une fois parvenus dans un lieu propice à leur première métamorphose, n'occasionnent aucun trouble sensible dans les fonctions organiques; le basard seul les fait découvrir. Fischer a compté jusqu'à vingt-trois cysticerques dans le plexus choroïde d'un homme qui n'avait jamais présenté le moindre symptôme nerveux. Dans l'œil, cependant, si on ne parvient à les extraire ils finissent par amener des accidents par suite du développement de leur vésicule kystique, ce qui provoque un excès de tension interne, l'atrophie de certaines parties et finalement la destruction totale de l'organe.

P. L.

dans les voies digestives d'un autre animal qui aura dévoré le premier, s'attache dans les intestins et commence immédiatement à y produire par voie gemmifère les anneaux du ver solitaire, ce qui l'a fait comparer par M. Van Beneden, à la *nourrice* ou *sporocyste* des trématodes. Cet auteur considérait donc un ver solitaire comme un trématode composé, dont l'évolution comprend trois degrés ou périodes : — 1° la tête enkystée (*Scolex*); 2° le ver solitaire composé (*Strobila*); 3° l'anneau séparé (*Proglottis*) ou encore cucurbitin. Ce dernier point de vue néanmoins est contraire aux observations de Steenstrup concernant le développement des trématodes, aussi bien qu'à ce que nous connaissons de la disposition des systèmes nerveux et digestif de cet entozoaire.

Les vers intestinaux observés le plus communément chez l'homme sont : l'*Ascaris lumbricoïdes ;* le *tænia solium ;* le *Bothriocephalus latus ;* le *Trichocephalus dispar ;* et l'*Ascaris vermicularis*. Aucune de ces espèces n'est très commune à Edimbourg, immunité que j'attribue au régime du peuple, aussi bien qu'à l'excellente qualité de l'eau distribuée dans la ville. Chez les enfants maladifs, cependant, on observe parfois des ascarides, mais ces enfants ne viennent jamais à l'infirmerie. On trouve rarement ici, chez l'homme, des vers lombricoïdes, tandis que dans certains pays du continent, notamment dans les provinces rhénanes, la grande majorité des cadavres que j'ai eu l'occasion d'examiner, en renfermaient en abondance. Le ver solitaire aussi est très rare, cependant on le rencontre parfois. Les observations suivantes en fournissent des exemples.

Obs. XCIV (1). *Ver solitaire traité par l'extrait éthéré de fougère mâle.*

Commémoratif. — James Seth, 33 ans, tisserand, entré le 7 avril 1852. Encore enfant, il faisait habituellement des vers lombricoïdes; pendant les six derniers mois, il a observé également des ascarides. Il y a maintenant trois ans, qu'il a constaté, la première fois, dans ses selles, des fragments de ver solitaire. Ces fragments avaient environ un pied de long, et furent observés à des intervalles de plusieurs mois. Il y une année, ces fragments se montrèrent presque tous les jours pendant six semaines, tantôt c'était un simple anneau, d'autres fois, un ruban d'un à deux mètres de long. Pas moyen d'obtenir de renseignement précis sur le genre de nourriture habituel. Cependant l'appétit a toujours été normal. Avant son entrée, cet homme avait pris de la térébenthine, tant par la bouche qu'en lavements.

Marche de la maladie. — 8 *avril*. Administrer 1 gramme 60 centigrammes d'extrait éthéré de fougère mâle; et quelques heures après, une poudre contenant 0,20 centigrammes de calomel, et quatre grammes de poudre de jalap composée. — 9 *avril*. Plusieurs fragments de ténia, en anneaux simples ou doubles, ou en fragments plus longs, ont été évacués avec les selles, donnant en tout une longueur de 1 mètre 80 centimètres. La largeur de ces fragments variait de 3 à 8 millimètres. — 22 *Avril*. La dose fut reprise le 10, mais on ne trouva que deux ou trois anneaux. L'administration de l'huile de ricin n'amena plus le moindre fragment du ver, et le malade fut congédié.

Rentré le 1r *juillet*. Il déclare que deux mois après sa sortie de l'hôpital,

(1) Recueillie par William Broadbent, élève de service.

il avait de nouveau constaté des fragments d'entozaire dans ses selles. On lui prescrivit alors 1 gramme 40 centigrammes d'extrait éthéré de fougère mâle, à faire suivre d'une dose d'huile de ricin. Des fragments nombreux, formant ensemble environ deux mètres et demi, furent retrouvés dans les selles. — 9 *juillet*. La prescription fut renouvelée le 5, sans effet. On administra également de l'huile de ricin, mais il ne parut plus aucun fragment. Le malade nous déclara alors qu'il avait eu l'habitude de boire de l'eau de marais, de mauvaise qualité, et de manger de la viande de porc salée. — 13 *juillet*. Il sort guéri.

Obs. XCV (1). *Ver solitaire traité par l'extrait éthéré de fougère mâle.*

Commémoratif. — Catherine Watt, 25 ans, mariée et mère de plusieurs enfants, entrée le 20 novembre 1854, a toujours joui d'une bonne santé, jusqu'il y a trois ans. Alors il lui arriva d'évacuer des anneaux de ver solitaire, involontairement, pendant qu'elle travaillait, et depuis, elle n'a cessé d'en constater de temps en temps, parfois en grande quantité, dans ses selles. Une fois, entre autres, elle rendit du sang, avec les fragments de ver solitaire. Elle a pris divers remèdes, mais, à l'exception de la térébenthine, elle ne sait pas ce que c'était. Tous ont été impuissants.

Symptômes a l'entrée. — Elle se plaint de sensibilité à la région iliaque gauche, et de tenesme en allant à la garde-robe; mais, hormis l'apparition fréquente d'anneaux de ver solitaire, les fonctions sont régulières et normales. On lui prescrivit deux grammes et demi d'extrait éthéré de fougère mâle, à faire suivre, le matin, de 30 grammes d'huile de ricin. Cela produisit l'évacuation de sept anneaux du ver, plus longs que larges. Une seconde dose de 1 gramme 25 centigrammes d'extrait fut prescrite le soir, à faire suivre, également le matin, d'une dose de 30 grammes d'huile de ricin.

Marche de la maladie. — 22 *nov.* — La malade n'évacua que trois anneaux du ver. Lui administrer ce soir 2 grammes d'extrait. — 23 *novembre*. Ce matin, après avoir pris la dose d'huile de ricin, elle évacua plusieurs anneaux séparés, et plusieurs longs fragments du ténia. L'ensemble fut évalué à environ 13 mètres et demi de long. L'un des fragments provenait évidemment des anneaux rapprochés de la tête, attendu qu'ils étaient plus larges que longs, et n'avaient pas plus de deux millimètres en longueur. Quelques-uns des anneaux étaient carrés, et les autres plus longs que larges, mesurant d'un à deux centimètres. On ne put découvrir la tête, malgré les recherches les plus attentives. La malade séjourna à l'établissement jusqu'au 7 décembre. Mais, bien qu'elle ait pris, à trois reprises, deux grammes de l'extrait, et même une dose de plus de deux grammes et demi, elle ne rendit plus un seul anneau. Toutefois le ver manifesta de nouveau sa présence quelques mois plus tard (2).

Obs. XCVI (3). *Ver solitaire expulsé au moyen du même remède.*

Commémoratif. — William Perry, 6 ans, enfant de troupe, entré le 19 nov. 1855,

(1) Recueillie par M. Almeric W. Seymour, élève du service.

(2) Plusieurs raisons porteraient à présumer que ce tænia était le *tænia mediocanellata*, ver sans crochet (comme ceux des herbivores), dont les proglottis, suivant la remarque de Küchenmeister, se détachent avec une extrême facilité, au point que les sujets qui en sont porteurs en perdent même sans évacuation de matière fécale. La tête de ce ver, par contre, serait beaucoup moins facile à détacher, car le plus souvent les anthelmintiques aboutissent seulement à rompre le strobyle, comme dans ce cas, au lieu d'en provoquer l'expulsion totale. P. L.

(3) Recueillie par M. John Glen, élève du service.

est porteur d'un ver solitaire, depuis l'âge de deux ans. A plusieurs reprises, et sans médicament, il a rejeté des anneaux de tenia. L'emploi de rhubarbe ou de jalap a provoqué l'expulsion d'un plus grand nombre de ces fragments. On a aussi administré de la térébenthine. Il y a un an et demi, les parents étant venus consulter à l'Infirmerie, firent usage d'un remède qui provoqua l'expulsion d'une très grande portion du ver. Six mois plus tard, il fallut recourir au même remède, et ce fut avec le même résultat. Mais les symptômes ont encore réparu; l'enfant a toujours faim et ne cesse de demander à boire; il se plaint de douleurs dans le ventre, et rejette des fragments de ver par le rectum. Son alimentation consiste d'ordinaire en lait, pain, thé, pommes de terre et un peu de viande. Cette viande est celle qui a servi à faire le bouillon; père et mère en mangeaient avec lui, sans le moindre inconvénient. Il aime le sucre, le beurre, le sel.

Marche de la maladie. — 21 *nov. Donner 2 grammes d'extrait éthéré de fougère mâle et administrer ensuite une dose d'huile de ricin.* — 23 *Nov.* Le remède ayant été insuffisant, la dose fut portée hier soir jusqu'à quatre grammes. Ce matin, l'enfant évacua une portion de ver solitaire, sans solution de continuité, d'une longueur de cinq mètres et demi; les plus petits anneaux avaient d'un demi centimètre à trois ou quatre millimètres de long et de large; on ne put trouver la tête. — 13 *Déc.* On administra encore deux doses d'extrait, et plusieurs autres d'huile de ricin; mais il ne reparut plus le moindre fragment de tænia, et l'enfant fut renvoyé.

Commentaire. — De tous les vermifuges en usage pour l'expulsion du ver solitaire, je n'en ai pas trouvé de plus efficace que l'extrait éthéré de la fougère mâle, — préparation proposée par Peschier de Genève, et depuis, fortement recommandée par le Dr Christison. Tous ceux qui l'ont essayée, ont pu se convaincre qu'elle a pour effet d'expulser promptement de grandes portions du ver, bien qu'elle n'ait pas réussi dans tous les cas à extirper ou à faire disparaître d'une façon permanente le parasite. Ce résultat, je suis tenté de l'attribuer, en grande partie, à cette circonstance que les malades reviennent, dans la suite, au genre de nourriture qui, une première fois, leur a donné le ver. Tel est spécialement le cas pour certains comtés de l'Angleterre, où le lard et la viande de porc en général, constituent une part notable de l'alimentation du peuple. Le Dr Paterson, ci-devant à Tiverton, a rapporté plusieurs cas obstinément rebelles à l'action de la fougère mâle, du kousso et de la térébenthine (1). Mais, dans le Dévon, l'usage de la viande de porc est général, tandis qu'en Ecosse il est beaucoup moins commun. J'ai interrogé avec soin la femme Catherine Watt, pour savoir si elle avait mangé du porc, et elle me déclara que depuis l'époque où elle commença à se trouver indisposée, son mari ayant été sans ouvrage, son alimentation avait été fort misérable, et avait consisté en morceaux de porc salé, et parfois en lapins. Le *Cysticercus cellulosæ*, si fréquent dans la chair du porc, peut-il avoir conservé sa vitalité dans le porc salé mangé par cette femme, voilà ce qui ne peut être établi avec certitude. Toutefois, il est bon de remarquer que la viande de porc se vend communément à bas prix aux classes inférieures, et que cette chair n'ayant demeuré dans la saumure que très peu de temps, ou

(1) *Monthly Journal of Medical Science*. Juillet 1854.

ayant été très imparfaitement fumée, il n'est pas absolument impossible que la vitalité si tenace de ces cysticerques ou des œufs du ténia, ait résisté à la salaison. De plus, on sait que le lapin est reconnu pour être fréquemment infesté de cysticerques; aussi l'usage habituel que cette personne faisait de la chair de ces deux espèces d'animaux, peut-il fort bien avoir contribué à introduire le ténia dans ses voies digestives.

Les considérations générales ci-dessus, concernant l'origine et le mode de développement du ver solitaire, prouvent à l'évidence que si le médecin doit s'appliquer, par le moyen de vermifuges, à expulser les vers une fois formés, il doit surtout, pour prévenir la réapparition du parasite, porter son attention sur le genre de nourriture et même de boisson dont son malade fait usage.

Obs. XCVII (1) — *Ver solitaire expulsé par le Kamala. — Retour du parasite. — Cure définitive par la fougère mâle.*

Commémoratif. — Mary Park, agée de 9 ans, d'un aspect cachectique, native d'Edimbourg, où elle a presque toujours séjourné, est entrée le 11 janvier 1859. Sa mère déclare que depuis environ quatre années, elle a toujours eu des vers, pour lesquels on lui a fait prendre de la térébenthine, de l'huile de ricin et d'autres médicaments, mais sans résultats.

Marche de la maladie. — Le 12 janvier, une cuillerée à soupe d'huile de ricin amena quelques longs anneaux de ver solitaire; dans l'après-midi du 16 janvier, on lui administra quatre grammes de Kamala. Le soir du même jour, il y eut trois selles, suivies bientôt d'une quatrième; dans les trois premières, il y avait plusieurs anneaux isolés, mais dans la quatrième se trouvait une grande partie du ver, représentant une longueur de plusieurs mètres. On rechercha soigneusement la tête, mais sans la trouver. Les plus petits anneaux avaient une largeur de deux millimètres. — 23 *janvier*. On administra de nouveau 4 grammes de Kamala en poudre; il en résulta trois selles abondantes, dans lesquelles on ne put trouver le moindre fragment de ver. Comme il n'en reparut plus dans la suite, on la congédia le 31 janvier.

La jeune fille rentra le 24 mars, sa mère nous assurant que le ver était revenu. On lui donna une nouvelle dose de kamala, mais une purgation énergique n'ayant produit aucune trace de ver, elle fut renvoyée le 9 avril. On l'admit de nouveau le 25 avril, la mère ayant apporté avec elle plusieurs fragments de ver trouvés dans ses selles. Le 27 *avril*, on lui administra deux grammes d'extrait de fougère mâle, et la nuit, 15 grammes d'huile de ricin. Le lendemain matin, elle expulsa une grosse pelote de ténia, d'environ neuf mètres de long; on ne put découvrir la tête. — Le 20 *mai*. Nouvelle dose de fougère mâle et d'huile de ricin; mais plus de fragments; elle fut donc congédiée le 25 mai. J'ai été informé par la mère, deux ans après, que le parasite n'a plus reparu.

Commentaire. — Le kamala nous a été recommandé par des médecins de l'Inde, comme un anthelmintique énergique et d'un emploi facile. Le Dr M'Kinnon, de l'Artillerie à cheval, a publié un article à ce sujet, dans le journal *Indian Annals of Medical Science*, d'octobre 1853, et le Dr Boyle l'indique dans sa *Materia Medica*, comme un vermifuge puissant. C'est une poudre d'un rouge-brique foncé, extraite des capsules du Rottlera tinctoria,

(1) Recueillie par M. H Graham Dignum, élève du service.

plante de la famille des euphorbiacées, qui se trouve dans les régions montagneuses de l'Inde. Au microscope, on y aperçoit une masse de granules semi-transparents, d'un rouge de sang, plus ou moins ridés, mêlés de poils étoilés, et aux propriétés irritantes desquels plusieurs auteurs ont attribué la vertu vermifuge de cet agent. La dose en est de 8 à 12 grammes pour un adulte. Le Dr T. Anderson en préconise la teinture alcoolique à la dose de 15 grammes (*Indian Annals*, oct. 1855). Comme la racine de la fougère mâle, le kamala constitue par lui-même un violent purgatif. Je l'ai essayé à diverses reprises, notamment dans le cas cité plus haut, et je n'en ai jamais rien obtenu, de sorte qu'il m'a fallu en revenir à la fougère mâle. (Voir aussi Dr Fleming, sur l'huile de Fougère mâle, dans le *Brit. Med. Journ.* 16 janv. 1864) (1).

PÉRITONITE.

Obs. XCVIII (2). *Péritonite aiguë. — Guérison.*

Commémoratif. — James Stephenson, 19 ans, tisserand en voiles, entré le 21 mars 1860, déclare qu'il s'est bien porté jusqu'au 14 mars. Ce jour là il commença à sentir une légère douleur vers le bas du ventre. Cette douleur alla en augmentant et envahit tout l'abdomen. Le samedi 17, se trouvant très mal et ayant des frissons, avec une sensation de froid dans le bas de dos, il alla consulter un médecin qui lui prescrivit six pilules, dont il devait prendre une toutes les six heures. Le lendemain il eut une selle liquide, mais se sentant plus mal, il retourna chez le médecin qui lui donna d'autres pilules, à prendre toutes les quatre heures, et trois sangsues à appliquer sur le ventre. Bien qu'il ait éprouvé un soulagement immédiat à la suite des sangsues, la douleur ne fit qu'augmenter, jusqu'au moment de son admission. L'appétit a totalement disparu, la soif est ardente; il vomissait tout ce qu'il prenait; il n'a pas été à la selle depuis le 18.

Symptômes a l'entrée. — Langue humide, un peu fendillée. Constipation. Grande sensibilité sous la pression par tout l'abdomen, spécialement dans la région hypogastrique; ventre un peu gonflé. Appétit très mauvais; il vomit tout ce qu'il prend. Pouls à 108, petit, faible, et donnant sous le doigt une double vibration. Bruits cardiaques normaux. Il a une petite toux, qui lui occasionne de grandes douleurs, par suite de la sensibilité du ventre. Peau sèche et brûlante. Il n'a plus dormi, dit-il, depuis le commencement de sa maladie. Urine d'une couleur d'ambre, rendue en quantité normale; pesanteur spécifique 1030. Pas d'albumine.

(1) Certains auteurs ont cru reconnaître aux agents antiténiaires une activité relative à l'espèce particulière de ver à laquelle ils s'adressent. Ainsi la fougère mâle serait surtout efficace contre le tænia non armé, tandis que le kousso et l'écorce fraîche de la racine de grenadier seraient plus actifs contre le tænia armé. Un point qu'il serait peut-être bon de ne pas perdre de vue dans l'administration de ces anthelmintiques, c'est que le parasite ayant son siége dans l'intestin, il est indispensable que le poison destiné à l'expulser, arrive en quantité suffisante dans cette portion du tube digestif. C'est sans doute pour ce motif qu'il faut administrer le kousso en quelque sorte en nature, c'est-à-dire en même temps que le liquide dans lequel on l'a fait macérer. C'est peut-être pour avoir donné ce dernier seul ou en quantité insuffisante que certains médecins se plaignent de l'infidélité de cette substance. P. L.

(2) Recueillie par M. Colville Browne, élève du service.

Absence de chlorures. Prescr. *Donner six centigrammes et demi d'opium toutes les quatre heures. Fomentations chaudes en permanence sur le ventre.*

Marche de la maladie. — 22 *mars*. Constipation persistante; abdomen moins sensible à la pression; même état de la langue. Les vomissements ont continué depuis son entrée, et maintenant, s'accompagnent parfois de hoquet. La nuit dernière, le pouls étant extrêmement faible, on lui prescrivit 120 grammes d'eau de vie. On lui passera en lavement un demi litre d'huile d'olive, que l'on poussera lentement dans le rectum. Ce lavement fut administré le soir, mais l'huile revint sans mélange; pouls faible. — 23 *mars*. Deux selles; aspect beaucoup meilleur. Pouls à 108 par minute, plein. Même sensibilité au ventre. — 24 *mars*. Encore une légère douleur sous la pression à l'abdomen, mais plus rien d'aigu; les côtés de l'abdomen, à droite et à gauche, sont fortement tympanisés; langue nette, pouls fort. — 25 *mars*. Dépôt abondant d'urates dans l'urine de ce matin; aspect général encore meilleur. — 26 *mars*. Encore des dépôts d'urates dans l'urine. Toujours absence de chlorures. Hier une selle spontanée. — Il ne se plaint plus de sensibilité à l'abdomen sous la pression. Langue humide, mais couverte d'un léger enduit. Pouls fort. Appétit considérablement amélioré; peu de soif. Le malade se sent lui-même beaucoup mieux. — 27 *mars*. Aujourd'hui, les chlorures ont reparu dans l'urine, mais en petite quantité. Les urates ont disparu. La langue reste chargée d'un dépôt blanchâtre, mais s'humecte. Selle spontanée ce matin. L'état général s'améliore sensiblement. A partir de ce moment le mieux continue; cependant, les forces, malgré l'usage d'une alimentation réparatrice et du vin, ne reviennent que lentement. — Congédié, entièrement guéri, le 9 avril.

Commentaire. — La gravité de ce cas de péritonite ne saurait être mise en doute; le mal s'est annoncé par des frissons violents, accompagnés d'une grande excitation fébrile, d'une douleur locale intense et d'une absence complète de chlorures dans l'urine. La toux et les vomissements contribuaient beaucoup aux souffrances et augmentaient la prostration. Sans avoir eu recours aux antiphlogistiques, car il est évident qu'on ne saurait considérer comme telle l'application de trois sangsues avant l'entrée, la maladie fut heureusement arrêtée. La guérison fut favorisée du reste par l'excellente santé dont jouissait antérieurement le malade, par l'absence de toute complication sérieuse, par l'opium, et par le bon régime qui lui furent administrés à propos.

Obs. XCIX (1). — *Péritonite aiguë, par suite de la rupture d'une vésicule de Graaf dans le péritoine. — Pleurésie. — Pneumonie interlobulaire.*

Commémoratif. — Margaret M'Guire, 21 ans, modiste, née à Edimbourg, entrée le 27 sept. 1854, a toujours eu une bonne santé, jusqu'au 21 de ce mois, époque à laquelle, envoyée en commission, elle éprouva tout à coup pendant la marche une sensation comme si une pierre lui tombait dans le bas ventre (c'est ainsi qu'elle s'exprime), suivie aussitôt après d'une vive douleur. Elle se mit immédiatement au lit, mais ne put dormir, à cause de la souffrance, de plus en plus vive. Le mal qui d'abord avait son siége à la région inférieure de l'abdomen, insensiblement remonta et envahit toute la partie supérieure; mais derechef, depuis un jour ou deux, il se concentre dans la portion droite inférieure de la région hypogastrique.

Symptômes a l'entrée. — Perte complète de l'appétit; on ne peut voir la langue, à cause d'une ancienne anchylose de la machoire inférieure. Lèvres sèches et

(1) Recueillie par M. Alexander Simpson, élève du service.

crevassées, ulcérées sur plusieurs points. Des vomissements, avec exacerbation de la douleur, se produisent chaque fois qu'elle essaye de prendre de la nourriture, depuis le commencement de la maladie. Le ventre est un peu gonflé. La région hypogastrique est mate à la percussion. La diarrhée a continué sans interruption, depuis l'administration d'une dose d'huile de ricin, il y a quatre jours. La pression occasionne une douleur intense dans toutes les régions de l'abdomen. Respiration précipitée, irrégulière, entièrement thoracique; 24 inspirations par minute. Pas de toux. Pas de matité anormale à la poitrine, pour autant du moins qu'on puisse en juger, car l'examen est difficile à cause de la grande douleur que le moindre mouvement détermine. Pouls à 124, plein et vibrant. Les règles supprimées depuis deux mois, s'étaient produites avec abondance deux jours avant cette affection. La malade éprouve des envies fréquentes d'uriner, mais ne rend que de petites quantités de liquide, avec un sentiment pénible de chaleur. La face est vultueuse, l'expression inquiète, le mal de tête intense. *Appliquer 15 sangsues sur l'abdomen, puis des fomentations chaudes.* Prescr. : *Opium pulvérisé 0,38 centigrammes. Conserve de roses q. s. pour faire 6 pilules. En prendre une toutes les trois heures.*

Marche de la maladie. — 1er *octobre.* La malade a pris régulièrement ses pilules d'opium; elle est très faible. Respiration difficile; pouls à 154. Les évacuations et les vomissements ont en grande partie cessé. Conjonctives légèrement teintes en jaune. *Donner du fort beef-tea et 90 grammes de vin de Xérès.* — 2 *octobre.* La malade paraît affaissée; pouls à 160, vif et ondulé; respiration laborieuse et pénible; peau froide et humide; grande sensibilité du ventre dont le gonflement a encore augmenté; une selle a été rendue ce matin, constituée par des matières molles et féculentes. Urine acide, pes. spéc. 1020, de couleur orange foncé, contenant une petite quantité d'albumine, et prenant une teinte verte par l'acide nitrique. Le microscope y montre des cristaux de phosphate tribasique. — 3 *octobre.* La malade continue à s'affaisser pendant la nuit et succombe ce matin.

Autopsie. — Quarante-huit heures après la mort.

Les tissus sont bien nourris; les parois abdominales sont chargées de graisse offrant une épaisseur de près de trois centimètres.

Thorax. — Le cœur et le péricarde n'offrent rien de particulier. La surface entière de chaque plèvre est tapissée de lymphe récemment exsudée. Cette lymphe, en certains endroits, forme une couche très mince; ailleurs, elle a au moins deux millimètres d'épaisseur; elle est molle, d'aspect peu louable, d'un jaune verdâtre, sale. Pas d'épanchement liquide dans aucune des deux plèvres. Le poumon gauche ne présente rien de remarquable. Le droit, dans son tiers inférieur, offre un aspect marbré particulier, dépendant de ce que chaque lobule pulmonaire est enveloppée d'une couche d'exsudat coagulé, généralement d'environ trois millimètres d'épaisseur. Un examen attentif montre en effet que les vaisseaux interlobulaires ont donné naissance à un exsudat coagulé à l'extérieur des lobules, lesquels sont œdémateux, mais non hépatisés.

Abdomen. — Toute la surface du péritoine est revêtue de lymphe, mais il n'y a pas de collection de sérosité. La lymphe, en différents endroits, présente des flocons, dans d'autres, elle a la consistance d'un gruau épais, et ressemble entièrement à du pus. Les circonvolutions intestinales sont agglutinées ensemble par cet exsudat, lequel est surtout abondant dans le voisinage du pelvis. L'ensemble du canal intestinal est soigneusement enlevé, puis examiné: il ne s'y trouve aucune espèce d'ulcération ou de perforation. L'*appendice vermiforme* est normal. Le foie, d'une couleur rouge de brique, est positivement plus mou que d'ordinaire. Les reins également sont un peu ramollis, mais à part cela, naturels. La rate, d'une consistance pulpeuse, s'écrase sous la moindre pression. L'uterus est sain.

L'ovaire droit est à peu près de la grosseur d'une noix; en l'incisant, on trouve son tissu quelque peu ramolli; on y observe un nombre inaccoutumé de vésicules de Graaf. Son enveloppe séreuse est recouverte d'une couche de lymphe épaisse, tellement adhérente qu'on ne l'enlève qu'avec difficulté. La cause de cette exsudation tient, selon toute apparence, à la rupture d'une ou de plusieurs vésicules de Graaf; plusieurs de ces dernières, situées à la surface de l'ovaire, sont distendues et remplies d'une sérosité sanguinolente. L'ovaire gauche a la grosseur d'une petite orange, et renferme un kyste rempli de sang, à peu près du volume d'une noix. Tout le reste de l'organe offre absolument la même consistance que celui du côté droit. Le péritoine qui les recouvre est intact. Les veines des ligaments larges ne présentent rien de particulier.

Commentaire. — Dans le cas qui nous occupe, la menstruation, après une interruption de deux mois, reparaît avec abondance, et, pendant qu'elle marche, cette femme éprouve tout à coup une douleur profonde dans le bassin. Bientôt, surviennent un malaise extraordinaire et tous les symptômes d'une péritonite aiguë. La malade entre à l'hôpital le sixième jour. Des sangsues et des fomentations sont appliquées, mais sans aucun soulagement. On administre six centigrammes et demi d'opium toutes les trois heures, toujours sans résultat. Elle meurt le onzième jour. A l'autopsie, on trouve les deux ovaires hypertrophiés et garnis de kystes; l'ovaire droit est solidement enchassé dans de la lymphe récente, et plusieurs kystes, remplis d'une sérosité sanguinolente, font saillie immédiatement au-dessous de la couche exsudative. La conclusion naturelle est que : une ou plusieurs de ces vésicules de Graaf se sont crevées et vidées dans le péritoine, au lieu du tube de Fallope, et ont provoqué de la sorte la péritonite. La cause des lésions observées dans la plèvre droite et dans les espaces interlobulaires n'a pu être découverte. J'ai rencontré, depuis, trois cas de péritonite aiguë chez de jeunes femmes, dans des conditions parfaitement identiques, et tenant probablement à la même cause, mais qui se sont guéris. Pas une sangsue n'a été appliquée à une de ces trois malades.

Dans un cas comme celui-ci, où la péritonite était manifeste du premier abord, le traitement par le repos, par les fomentations chaudes, par l'opium à l'intérieur, était indiqué de lui-même et fut appliqué. On peut se passer des sangsues. Un purgatif est rarement nécessaire, cependant nous y avons eu recours chez notre malade; en général la péritonite s'accompagne d'une constipation rebelle. Dans ces circonstances, on ne doit pas administrer de purgatif, avant d'avoir laissé écouler deux ou trois jours après avoir calmé l'inflammation, et encore, doit-on choisir parmi les plus doux; on peut aussi administrer des lavements. La percussion, en montrant si c'est le rectum ou le cæcum qui est distendu par les matières fécales, décidera du choix entre un laxatif ou un lavement. D'autres fois les symptômes aigus manquent et la sensibilité locale est obtuse; dans ces cas, on use souvent de purgatifs énergiques, mais au préjudice du malade. C'est là ce qui arrive souvent, lorsque la péritonite aiguë se complique d'ictère ou de maladie de foie. Le traitement est alors des plus diffi-

ciles, car les moyens employés pour vaincre l'obstruction des canaux biliaires sont précisément ceux qu'il faut éviter dans la péritonite. Dans les péritonites consécutives à la perforation de l'estomac ou des intestins, il faut user de la plus grande circonspection (on ne saurait trop insister sur ce point), avant d'administrer des excitants ou des purgatifs. (Voir Obs. LXVIII et LXIX.)

Bien que, dans la grande majorité des cas, la péritonite dépende comme chez notre malade, d'une lésion des organes abdominaux qui affecte ensuite la membrane séreuse, il arrive pourtant qu'on ne parvient à découvrir après la mort aucune espèce de lésion capable d'expliquer l'inflammation, et cependant des symptômes de perforation peuvent s'être manifestés pendant la vie. Dans des cas de ce genre, on ne doit jamais conclure sans avoir examiné attentivement l'appendice vermiforme. Il m'est arriver d'y constater des perforations assez petites pour avoir échappé à un premier examen. Cet organe, outre qu'il est exposé à toutes les maladies ordinaires à sa texture, est particulièrement apte à retenir des grains de froment ou d'orge, d'autres graines, des noyaux de cerises, des épingles et toute une variété de corps étrangers qui traversent rapidement les autres portions de l'intestin, mais qui, dans cet appendice, peuvent donner lieu à des ulcérations, à des perforations et à une péritonite fatale.

Bien que les premiers soins, dans la péritonite doivent avoir pour objet de calmer la douleur, de tranquilliser le malade, de diminuer l'action péristaltique au moyen de l'opium, il ne faut pas perdre de vue la nécessité de favoriser les transformations de l'exsudat qui en amèneront l'absorption ou aboutiront à des adhérences chroniques. Tous les remèdes débilitants, pour cette raison, doivent être rejetés; au contraire, aussitôt que les circonstances le permettront, il faut administrer des aliments réparateurs, et, au besoin, des stimulants avec discrétion.

Obs. XCIV (1). — *Péritonite tuberculeuse avec dépôt considérable sur le péritoine pariétal. — Tubercules et hépatisation des poumons. — Pleurésie. — Péricarde adhérent. — Commencement de dégénérescence graisseuse du cœur. — Congestion biliaire et dégénérescence graisseuse du foie. — Légère leucocythémie.*

Commémoratif. — Elisabeth Barker, 17 ans, entrée le 6 octobre 1854, célibataire, employée dans une fabrique, est malade depuis environ huit mois. Au mois de février dernier, elle a été prise de fièvre, ce qu'elle attribue au séjour dans une chambre froide et humide, où elle travaillait. Elle se mit au lit, et resta en traitement pendant deux mois, après quoi elle se trouva beaucoup mieux. Quinze jours plus tard, elle fut prise de douleurs dans la région lombaire et dans le côté gauche, puis d'une toux sèche; les urines devinrent plus rares; enfin le ventre et les jambes se gonflèrent. Elle prit des médicaments qui firent disparaître en partie le gonflement. Elle vint à Edimbourg il y a trois semaines; depuis lors le gonflement du ventre et des jambes augmente sans cesse.

(1) Recueillie par M. Almérie W. Seymour, élève du service.

Symptômes a l'entrée. — Les urines rares et fortement colorées, d'une pesanteur spécifique 1030, ne contiennent pas d'albumine. Cette jeune fille n'a jamais été menstruée. Elle se plaint de douleurs à l'endroit des vertèbres lombaires, et cette douleur augmente sous la pression. Langue moite et chargée, appétit nul. Elle éprouve dans la bouche un goût acide et est dérangée par des flatuosités. Constipation. Bruits cardiaques normaux. Pouls à 128, petit et filiforme. Un bruit de friction se fait entendre sur la partie inférieure des deux poumons, en avant, en arrière et latéralement, avec matité à la percussion, et diminution des vibrations de la voix. Dans la portion supérieure du poumon droit, en face et en arrière, on entend le murmure respiratoire, avec légère augmentation de la résonnance vocale. A la partie supérieure du poumon droit, antérieurement, le murmure naturel respiratoire est perceptible, mais en arrière il y a augmentation marquée de la résonnance vocale, avec respiration tubaire. Il y a égophonie en arrière, à l'angle de l'omoplate droite. Peau moite, d'une température normale. Prescr. : *Protoiodure de mercure* 0,40 *centigr.* ; *Extr. de jusquiame* 2 *grammes; Conserve de roses q. s. pour faire* 20 *pil. En prendre une matin et soir.* Pr. : *Ether nitrique alcoolisé* 45 *grammes; Teinture de scille et teinture de digitale, de chaque* 8 *grammes M. En prendre une cuillerée à café dans de l'eau, dans la journée.*

Marche de la maladie. — 11 *octobre.* La dyspnée continue. La douleur du ventre a augmenté, particulièrement depuis 24 heures, à la suite d'un purgatif. Prescr. : *Prendre la mixture calcaire additionnée de la solution de chlorhydrate de morphine.* — 14 *Octobre.* Hier on prescrivit six sangsues à appliquer sur le sternum. Aujourd'hui le bruit de friction a disparu. *Donner* 60 *grammes de vin de Porto.* — 1 *nov.* L'abdomen gonflé mesure 83 centimètres. On y sent distinctement de la fluctuation. La matité hépatique dans le sens vertical est de sept centimètres. Douleur sourde dans les régions hépatique et lombaire droite, mais pas de sensibilité au contact; on peut promener la main et presser partout sans occasionner aucune gêne. Œdème des pieds. Sueurs profuses. Prescr. : *Acétate de potasse* 8 *grammes; Ether nitrique alcoolisé* 15 *grammes; Mixture de scille* 200 *grammes. M. En donner une cuillerée trois fois par jour. Cesser tout le reste.* — 12 *nov.* La quantité d'urine est considérablement augmentée. Le ventre mesure 80 centimètres. — 22 *Nov.* Le ventre mesure 76 centimètres. — 25 *Nov.* Le liquide de l'abdomen a considérablement diminué; le gonflement et la tension des parois ont également diminué; le pourtour mesure 73 centimètres et demi. Au toucher, on sent distinctement quelque chose de dur dans la région hypochondriaque, s'étendant jusqu'à l'épigastre. Langue sèche et brune. Diarrhée dans ces derniers jours; les selles étaient couleur d'argile. Une légère teinte ictérique a envahi les téguments. L'urine contient de la bile, et se coagule légèrement par la chaleur et par l'acide nitrique. Le sang présente une légère augmentation dans le nombre de ses globules blancs. *Administrer un lavement à l'amidon, additionné d'un peu de teinture d'opium.* — 26 *nov.* Aggravation générale. Peau froide. Face contractée et pâle. La malade est couchée sur le côté gauche; toute autre position cause une grande dyspnée. 36 à 40 respirations par minute. On entend de gros râles crépitants dans tout le côté droit. Pouls à 120, très faible. La diarrhée persiste, mais les selles ce matin sont plus féculentes. Urine d'un rouge de brique foncé; pesanteur spécifique 1012, avec quelques traces de bile. Absence de chlorures. Prescr. : *Donner un nouveau lavement opiacé, et* 90 *grammes d'eau-de-vie.* — 27 *nov.* La malade s'est affaissée peu à peu et a succombé aujourd'hui, à 10 h. du soir.

Autopsie. — Vingt-sept heures après la mort.

Aspect extérieur. — Corps amaigri. Abdomen assez ballonné.

Thorax. — Le péricarde est adhérent dans toute son étendue. Les adhérences sont

fermes, et ne se détachent qu'avec peine. Les valvules du cœur sont intactes, mais la substance musculaire est d'une couleur rouge brune, et plus molle que de coutume. Le volume de l'organe est normal. De fortes adhérences anciennes existent au sommet du poumon droit. Le lobe inférieur est recouvert d'une couche mince de lymphe récente. Entre le diaphragme et la base du poumon, il existe une poche contenant environ 180 grammes d'un liquide trouble, dans lequel flottent quelque flocons de lymphe. Le poumon est partout ferme et dense au toucher. A la coupe, il présente une surface quelque peu granulaire de couleur rouge, est à peine crépitant, s'écrase avec une extrême facilité, et plusieurs portions s'enfoncent sous l'eau. Çà et là dans l'intérieur on trouve une quantité de masses jaunes, variant en grosseur depuis un grain de millet, jusqu'à un pois. Elles offrent la consistance de fromage, et s'écrasent facilement. Elles sont uniformément disséminées dans la substance du poumon, et ne sont pas plus abondantes au sommet qu'autre part. Aucune de ces masses n'est ramollie. Le poumon gauche est adhérent dans toute son étendue, mais sans lymphe récente. Il est ferme, et, à la coupe, il présente absolument le même aspect que le poumon droit. Les mêmes masses jaunâtres se rencontrent dans sa substance. Les glandes bronchiales sont hypertrophiées, et quand on les incise, on les trouve remplies d'une matière jaune caséeuse de nature tuberculeuse.

Abdomen. — La cavité abdominale renferme environ quatre litres et demi d'un liquide jaunâtre, passablement clair. Le péritoine pariétal présente un épaississement assez notable, par suite d'un dépôt plastique ayant de deux à douze millimètres d'épaisseur. Sa couleur est jaunâtre, mais, en regardant de plus près, on y aperçoit de nombreux points opaques, à peu près du diamètre d'une tête d'épingle, séparés les uns des autres par une substance claire. En pratiquant des coupes dans ce dépôt, cet aspect devient encore plus distinct. De nombreux vaisseaux sanguins sont visibles à sa surface et dans sa substance ; sur cette surface on remarque aussi de nombreuses particules de sang extravasé d'une couleur rouge vif. Cet exsudat est solide et résistant. Les circonvolutions intestinales adhèrent solidement entre elles par l'intermédiaire d'une lymphe passablement ferme. Leurs différentes tuniques sont ramollies de telle façon qu'en essayant de les séparer, on les déchire promptement. En examinant attentivement les intestins, on découvre, sur la surface séreuse, de nombreux petits dépôts semi-transparents, d'un blanc jaunâtre, offrant tous les caractères du tubercule. La muqueuse des intestins est normale. La capsule du du foie est épaissie, et les portions supérieure et antérieure adhèrent au diaphragme. Le foie, à l'extérieur, est d'une jaune orange. A la coupe, on y découvre de nombreuses petites masses d'un blanc jaunâtre, opaques, de grandeur variable, depuis une pointe d'épingle jusqu'à un grain de millet, entourées d'une matière offrant une teinte orange très accusée. La surface de la coupe est parfaitement unie ; le tissu de la glande est un peu plus mou que d'ordinaire ; il ne paraît pas qu'il y ait hypertrophie du tissu fibreux. Le foie est petit et pèse 1120 grammes. Sa pesanteur spécifique est de 1051. La vésicule du fiel est petite, mais ses parois sont épaissies et elle adhère au foie par un tissu fibreux. Cette poche contient environ 8 grammes d'une bile orange. La rate est naturelle. Les glandes mésentériques et lombaires sont augmentées de volume, d'un aspect blanc ; elles offrent une surface unie à la coupe et laissent suinter un suc abondant, opaque, sous la pression. Les reins ne présentent rien de particulier.

Examen microscopique. — Les fibres musculaires du cœur ont perdu, en grande partie, leur aspect strié. Les stries ont été remplacées çà et là par une matière graisseuse sous forme granulaire. Les masses exsudatives des poumons présentent tous les caractères propres aux tubercules. En examinant le péritoine épaissi, on aperçoit de larges groupes de corpuscules tuberculeux et de matière granulaire, environnés et comme isolés par du tissu fibreux. Les points blancs et

opaques du foie consistent en amas de graisse, en partie libre, en partie dans les cellules hépatiques. Les portions environnantes sont chargées d'une matière biliaire jaune. Le tissu fibreux n'est pas hypertrophié. Les tubes et les cellules des reins paraissent entièrement normaux.

Commentaire. — Nous avons ici un exemple caractéristique de l'affection désignée sous le nom de péritonite tuberculeuse, combinée avec la tuberculose pulmonaire et avec plusieurs autres lésions. Au point de vue pratique, il faut remarquer que les symptômes différaient complètement de ceux du cas précédent. Pas de sensibilité abdominale, pas de fièvre inflammatoire, et, en dépit de la grande quantité de lymphe épanchée, dont une certaine portion était de date récente, tous les symptômes étaient ceux d'une ascite dépendant de l'atrophie du foie. Dans certains cas, la sensation particulière d'empâtement qu'éprouve la main, et le frottement rude qu'on perçoit en faisant glisser les deux surfaces du péritoine l'une sur l'autre, indiquent suffisamment la nature de la maladie, mais ce dernier symptôme manquait dans le cas actuel, à cause de la grande quantité de liquide épanché. Quelquefois l'accumulation de l'exsudat tuberculeux est très considérable; j'ai vu des cas où elle avait soudé entre eux tous les intestins et les viscères abdominaux par une couche d'une épaisseur d'un à deux ou même trois centimètres. Dans ces cas, souvent, tandis que l'abdomen est surchargé de tubercules, les poumons en sont relativement exempts.

Les glandes mésentériques et lombaires, dans cette affection, sont très prédisposées à l'hypertrophie, et le sang contient parfois une quantité inaccoutumée de globules incolores. Chez un homme du nom de James M'Arthur qui mourut dans la salle Paton, pendant l'été de 1857, ces glandes étaient hypertrophiées. Il existait également un amas énorme d'exsudat tuberculeux dans l'abdomen, formant une couche dont l'épaisseur variait d'un à deux centimètres et demi, agglutinant ensemble les intestins et tous les viscères abdominaux. En examinant au microscope une goutte du sang de cet homme, pendant la vie, on pouvait compter de vingt-cinq à quarante corpuscules incolores dans le champ de l'instrument. (Voir Leucocythémie.)

Obs. CI (1). — *Cancer de divers organes abdominaux et des poumons, produisant les symptômes de la péritonite.*

Commémoratif. — Christina Galbraith, 52 ans, marchande de poisson, à Newcastle, célibataire, entrée le 29 novembre 1854, déclare qu'elle a joui d'une bonne santé jusqu'il y a neuf mois, époque à laquelle ses forces commencèrent à diminuer. Elle est bien décidément malade depuis trois mois. Les premiers symptômes furent une douleur à l'épigastre, un sentiment de froid, soif intense, anorexie, malaise et sueurs nocturnes profuses. La douleur à l'épigastre a été s'aggravant jusqu'aujourd'hui. Environ dix mois avant son entrée, d'après sa déclaration, son ventre commença à prendre de jour en jour plus de développement. Ses

(1) Recueillie par M. G. Beaujard, élève de service.

pieds, depuis cinq années, ont une tendance à s'enfler vers le soir, par suite, croit-elle, de ses occupations qui exigent qu'elle soit toujours debout; dans ces derniers temps le gonflement se prononça davantage. Il y a quatre semaines, elle fut prise d'ictère et d'une vive douleur dans les régions lombaire et hypochondriaque droites. Elle ne peut renseigner la couleur de ses selles, mais elle croit qu'elles étaient régulières à cette époque, bien qu'elle ait toujours eu des dispositions à la constipation. Une semaine après, survint une diarrhée intense; les matières étaient féculentes et abondantes. Une fois, elle évacua une quantité considérable de sang, accompagnée, selon son expression de « gros morceaux et de filaments », mais elle ne peut fournir de renseignement sur la couleur. A cette époque elle n'avait pas de vomissements, mais elle éprouvait une vive douleur dans tout le ventre lequel devint de plus en plus gonflé et tendu. Elle obtint du soulagement à la suite d'un traitement régulier; la douleur et les autres symptômes du côté du ventre s'amendèrent. Elle ne saurait préciser combien de temps s'est prolongée cette attaque. Tout le temps qu'elle dura, elle souffrit de vomissements; les matières rejetées étaient tantôt d'une couleur verte, tantôt couleur marc de café. Le relâchement des intestins et la douleur du ventre reprirent avec une grande intensité, pendant son voyage de Newcastle à Edimbourg; bientôt survinrent de forts vomissements, et elle fut amenée à l'infirmerie dans un grand état d'affaissement, le 29 novembre, dans la soirée.

Symptômes a l'entrée. — A son arrivée, la malade se plaignit d'une vive douleur à l'épigastre, dans l'hypochondre droit, et généralement dans tout l'abdomen; son regard était anxieux; pouls faible et précipité. On lui prescrivit *du vin, de l'eau-de-vie, des pilules de tannin et d'opium, plus quatre sangsues sur l'hypochondre droit.* Le lendemain, on la soumet à un examen minutieux. La face et les conjectives ont une teinte jaunâtre; les traits expriment l'anxiété, mais la parole est claire et la perception facile. La malade se plaint d'une douleur continue et lancinante, surtout à l'épigastre et dans le côté gauche de l'abdomen, sur le parcours du côlon descendant. La douleur ressentie la veille dans l'hypochondre droit a diminué grâce aux sangsues qui ont bien pris. Elle se couche avec la plus grande aisance sur le côté droit, mais éprouve une vive douleur si elle se met sur le dos. Le ventre est extrêmement sensible sous la pression; il est gonflé, tendu, tympanitique, ne souffrant aucune espèce d'exploration profonde. Chaleur vive et sécheresse de la peau. Langue blanche, avec ses papilles proéminentes, pâle, unie et luisante sur les cotés et sur le bout. Elle se plaint constamment d'un mauvais goût dans la bouche, éprouve une douleur cuisante à l'épigastre et une soif des plus ardentes, mais elle n'ose boire de l'eau froide qui lui cause aussitôt des vomissements, cependant elle n'a pas d'envie de rendre en d'autres temps. L'appétit est complétement nul; pas de selle depuis son entrée. Urines diminuées de quantité, fortement colorées, avec un dépôt d'urates; elles contiennent des chlorures et offrent une pesanteur spécifique de 1014; une sensation de chaleur accompagne leur émission. Les dernières menstrues ont eu lieu il y a un mois. Pouls à 108, petit et faible. La pointe du cœur bat entre la cinquième et la sixième côte; la matité transversale est normale; les bruits sont naturels. Respiration en grande partie thoracique; 32 inspirations à la minute; la malade ne peut respirer à fond sans éprouver de la douleur; elle a une petite toux saccadée. La poitrine se soulève avec régularité, mais imparfaitement. La percussion rend un son normal en avant comme en arrière; murmure respiratoire naturel. Il y a de la céphalalgie, du tintement d'oreilles et des mouches volantes, du malaise et des vertiges en se levant. Œdème des pieds, des chevilles, des jambes. Prescr. *Donner 120 grammes de vin, et administrer le soir un lavement contenant de la térébenthine et de l'assa fœtida.*

Marche de la maladie. — 1er *Décembre.* Le lavement a été suivi de deux selles dures et féculentes. La douleur abdominale est très vive, particulièrement sous les fausses côtes droites. Anorexie complète. Grande soif. Pouls à 104, petit et dur.

— 2 *décembre*. Situation peu modifiée ; constipation. Douleurs abdominales plus vives. Prescr. *Appliquer de nouveau six sangsues à l'hypochondre droit et donner, trois fois par jour, une cuillerée de la potion diurétique suivante*: Pr. *Acétate de potasse*, 8 *gram.*; *Ether nitrique alcoolisé* 15 *gram.*; *Mixture de scille* 165 *grammes. M.* — 5 *décembre*. Respiration naturelle; le ventre est moins ballonné et moins chaud; douleur diminuée; appétit toujours nul, selles foncées mais naturelles; pouls à 96, petit et faible. Dépôt abondant d'urates dans l'urine. — 10 *décembre*. Pouls à 92, très petit et faible. Pas de soif, appétit nul, ventre moins ballonné; on y perçoit distinctement de la fluctuation. Douleur moindre, siégeant surtout dans le côté gauche. — 18 *décembre*. Urines rares, fortement colorées, déposant abondamment des urates. Ventre moins tendu; il mesure 83 centimètres de circonférence; il est tympanitique et toujours fluctuant. OEdème des pieds; selles régulières; pas d'appétit; grande soif; respiration un peu difficile. Prescr. *Poudre de digitale* 0,20 *centigrammes*; *Poudre de scille* 0,40 *centigrammes*; *Extrait de taraxacum q. s. pour faire* 6 *pilules. En prendre une matin et soir. Cesser les autres médicaments.* — 19 *décembre*. Urines plus abondantes, très colorées, déposant des urates. — 20 *décembre*. Forte douleur dans la région lombaire; la teinte jaunâtre de la peau est plus prononcée, Prescr. *Appliquer sur le ventre de la spongio-piline trempée dans une infusion de digitale quatre fois plus forte que d'ordinaire.* — 21 *décembre*. La spongio-piline a dissipé la douleur abdominale. Respiration plus facile. L'urine, d'une couleur cuivrée, intense, est moins abondante, au dire de la malade. Elle a rendu son déjeuner ces deux derniers jours, mais ne ressent pas d'autre malaise. Selles régulières. Appétit nul. Pouls à 108, faible. — 23 *décembre*. Vomissements plus fréquents; grande gêne occasionnée par des flatuosités; langue pâle, polie et luisante; selles régulières. — 25 *déc*. Prescr. *Badigeonner l'abdomen avec de la teinture d'iode.* — 27 *décembre*. L'iode a occasionné de vives douleurs, qu'on a pu dissiper avec des fomentations chaudes. Le ballonnement du ventre, le son tympanitique, la toux et l'expectoration ont augmenté; la respiration est légèrement laborieuse. Prescr. *Ether sulfurique alcoolisé* 12 *grammes*; *Solution de chlorhydrate de morphine* 4 *grammes*; *Mixture de scille* 75 *grammes. M. En prendre une cuillerée quand la toux est fatigante.* — 30 *décembre*. Le ventre mesure 85 centimètres. Selles régulières; percusion normale sur la poitrine; on y entend à l'auscultation, des râles muqueux et sibilants. Toux plus forte; expectoration abondante, purulente et tenace; pouls petit et faible; jambes et pieds œdématiés; urine comme précédemment. — 2 *Janvier*. La couleur jaune de la peau devient plus accentuée; le ventre est encore plus ballonné; pouls rapide et filiforme. L'estomac rejette immédiatement tout ce qu'on lui confie, en même temps qu'une quantité de matières noires; soif intense; selles pâles mais consistantes. Prescr. *Abandonner les pilules de scille et de digitale, et prendre trois fois par jour* 1 *gram.* 25 *centigr. de bitartrate de potasse.* — 4 *janv*. L'ictère fait des progrès; urine très peu abondante, mêlée de bile. Ballonnement du ventre plus prononcé; forte saillie des côtes inférieures, pourtant, la respiration n'est guère affectée. Les vomissements persistent. OEdème des pieds, des jambes et des mains. La malade s'affaisse visiblement. Pouls à 96, lent et faible. — 5 *janv*. Morte ce matin à 2 heures.

Autopsie. — Vingt-huit heures après la mort.

Corps amaigri; surface cutanée d'une teinte jaunâtre; abdomen très distendu, fluctuant.

Thorax. — Le péricarde et le cœur sont sains; il existe quelques ancienne adhérences au côté gauche de la poitrine; le poumon gauche, au moment où on l'enlève offre un aspect irrégulier par suite de la présence de masses nombreuses, quelques-unes immédiatement sous la plèvre, d'autres engagées dans le tissu

pulmonaire; ces amas visibles à l'extérieur ont à peu près le diamètre d'une pièce de cinquante centimes; leurs bords font une légère saillie, tandis que le centre est déprimé ou aplati; ils ont une couleur blanche grisâtre, et sont résistants et durs; en incisant le poumon, on aperçoit un certain nombre de masses semblables disséminées dans sa substance; elles sont généralement d'une couleur blanche grisâtre, mais quelques-unes sont jaunâtres et comme imbibées de matière bilieuse. La plupart de ces noyaux sont passablement fermes, mais laissent suinter, sous la pression, une petite quantité de suc glaireux; d'autres (plus foncés que le reste) s'émiettent facilement sous les doigts. Le poumon droit est partout très adhérent; sa surface présente des masses semblables à celles trouvées dans le poumon gauche, et on peut en sentir d'autres dans sa substance; on le garde intact pour l'envoyer au musée de l'université. Le tissu pulmonaire entre ces noyaux est parfaitement sain. Un petit nombre des glandes bronchiales, à la racine de chaque poumon sont un peu grossies, et quand on les incise, on y trouve une substance pareille à celle des tumeurs des poumons. Les bronches sont intactes. Une des glandes du médiastin, immédiatement sous la portion supérieure du sternum a atteint la grosseur d'une noix; quand on la coupe, on la trouve convertie en un corps d'une consistance approchant de celle du fromage, et d'une couleur jaune piquetée de nombreuses petites taches de matière pigmentaire noire.

Abdomen. — La cavité de l'abdomen contient à peu près sept litres d'un liquide jaune clair. Le péritoine est partout intact. Le foie, très hypertrophié, présente un aspect irrégulier, par suite de la projection sur sa surface de nombreuses tumeurs d'un jaune blanchâtre, variant de la grosseur d'un pois à celle du poing; quelques-unes sont arrondies, d'autres très irrégulières; un petit nombre seulement présentent une dépression centrale. En incisant cet organe, on trouve son parenchyme occupé en grande partie par une matière semblable; par places, elle apparait en petits amas isolés, mais en général, elle forme de larges taches. Elle a une couleur jaunâtre; quelques parties, néanmoins, sont opaques, tandis que les portions interposées sont claires et semi-transparentes; d'autres parties encore offrent un aspect intermédiaire. Cette matière est en général passablement ferme, mais les portions les plus opaques se laissent écraser avec facilité sous les doigts. Le tissu du foie lui-même est de couleur jaunâtre, et passablement ferme. L'organe en entier pèse au-delà de trois kilogrammes; derrière lui, une masse de glandes hypertrophiées entoure et comprime la veine cave, la vésicule du fiel et le canal cholédoque; la veine cave est peu diminuée de calibre; la vésicule du fiel, fortement contractée, dépasse à peine le volume d'une amande, et ne contient presque pas de bile. En passant une sonde du côté de la poche du fiel, le long du conduit cystique, on trouve ce dernier complétement obstrué, un peu en avant de son point de jonction avec le canal cholédoque. On passe ensuite une sonde du côté du duodenum le long du canal cholédoque, mais ce dernier, ainsi que le conduit hépatique sont contractés et comprimés. Les glandes hypertrophiées sont couvertes en masses jaunâtres, parfaitement semblables à celles décrites plus haut. Le pancréas est sain; l'estomac paraît induré vers son extrémité pylorique, et après l'avoir ouvert, on trouve un vaste ulcère près de l'orifice du pylore. Cet ulcère est de forme ovale, mesurant environ huit centimètres sur six, à grand diamètre vertical; son extrémité droite est située à environ deux centimètres et demi du pylore. L'ulcère a une base indurée, épaisse et une surface très-irrégulière, par suite de la présence de nombreuses excroissances fongueuses d'une couleur blanc-grisâtre. Les bords de l'ulcère s'élèvent au-dessus de la membrane muqueuse environnante, mais sont irréguliers, comme s'ils avaient été rongés par un ver. On ne constate pas de perforation. Pour le reste, l'estomac et le duodénum sont intacts. Quelques unes des glandes lymphatiques de l'estomac, particulièrement celles qui sont en relation avec la petite courbure, sont hypertrophiées et cancé-

reuses. La rate est naturelle. Les reins présentent à la coupe une couleur jaunâtre; leur surface est un peu irrégulière, ce qui résulte vraisemblablement de l'existence d'anciens kystes. On constate d'ailleurs un petit nombre de kystes à la surface, ainsi que dans la portion corticale. Plusieurs des glandes lombaires, plus bas que les tumeurs décrites derrière le foie, sont augmentées de volume et affectées de la même façon. L'utérus et les ovaires sont normaux.

Examen microscopique. — En examinant une goutte du pus exprimé hors de quelques unes des tumeurs décrites plus haut, on reconnait des cellules à noyaux, passablement grandes. Plusieurs d'entre elles offrent l'aspect ordinaire des cellules cancéreuses; d'autres sont petites; on aperçoit aussi beaucoup de noyaux libres. Dans les portions opaques, les cellules sont moins distinctes, et il s'y trouve une grande quantité de matière graisseuse. Les cellules du foie contiennent assez bien de matière bilieuse, mais pour le reste elles sont parfaitement normales. Le tissu rénal vu au microscope paraît également normal.

Commentaire. — Le sujet de cette observation atteint de cancer des poumons, du foie, de l'estomac et d'autres organes, présentait à son arrivée tous les symptômes d'une péritonite aiguë, c'est-à-dire : vive sensibilité et distension de l'abdomen, fièvre, augmentation des urates dans l'urine. Au palper, on ne trouvait aucune trace des tumeurs nodulaires constatées à l'autopsie; elles étaient dissimulées par l'accumulation du liquide et par le ballonnement. Aucun signe physique n'indiquait le dépôt cancéreux dans les poumons; il était d'ailleurs si diffus qu'il ne produisait aucun symptôme anormal un peu caractéristique du côté de la respiration, et en eut-il existé qu'on pouvait les rapporter à l'affection abdominale.

Les faits décrits dans ces trois dernières observations nous montrent l'incertitude du diagnostic dans les maladies abdominales. Dans le premier cas, il est vrai, les symptômes correspondaient à ceux de la péritonite aiguë des auteurs; mais dans le second, ces symptômes n'existaient pas, bien qu'il y eût une exsudation abondante; enfin, le troisième malade les présentait tous à un degré marqué et caractéristique, seulement, il s'agissait d'un cancer des organes abdominaux et d'un simple épanchement séreux dans le péritoine.

Jamais je n'ai rencontré d'exemple mieux fait pour démontrer l'insuffisance des seuls symptômes pour arriver à la connaissance précise de la lésion réelle dans un cas donné. Les précédents de la malade, il est vrai, révélaient l'existence de quelque affection chronique, mais tous les symptômes positifs, après son entrée : la sensibilité extrême du ventre, son développement, la tympanite, la constipation, la fièvre intense, les vomissements, etc., tout cela était de nature à indiquer que la lésion chronique de l'estomac et des autres organes s'était terminée par une péritonite aiguë. Or, l'examen démontra qu'il n'y avait absolument pas de péritonite, mais seulement un épanchement séreux, une simple ascite, résultant à l'évidence de la maladie organique du foie qui entravait la circulation abdominale. Ce contraste entre l'avant-dernier cas, où le péritoine était recouvert de lymphe, et le cas actuel, où cette membrane était saine, nous montre une remarquable contradiction avec les descriptions classiques de la maladie. L'exsudation réelle ne nous a offert aucun des

prétendus symptômes de cette lésion, tandis que, dans le dernier cas, nous les avons constatés tous, et le péritoine était parfaitement sain. C'est pour ce motif que j'ai rapporté cette observation dans tous ses détails ; au reste, les symptômes aigus s'expliquent assez d'eux-mêmes, et si on veut, les rapprocher de quelques autres cas de pleurésie remarquables par l'absence des symptômes habituels, on pourra, je ne crains pas de le dire, se convaincre que bien des notions actuellement admises dans la pathologie des maladies aiguës, demandent à être modifiées.

Les obs. LXXIII et XCIII, offrent aussi des exemples de péritonite.

Obs. CII (1). — *Péritonite cancéreuse. — Ascite et hydrothorax. — Paracentèse abdominale. — Phthisie pulmonaire arrêtée.*

Commémoratif. — Margaret Purdon, 63 ans, veuve, mère de deux enfants, entrée le 15 décembre 1856. Il y a trois ans, elle eut une hématémèse abondante, accompagnée d'une perte de sang par l'anus, au point d'en avoir une syncope. En très peu de jours néanmoins, elle fut rétablie, et ne ressentit plus rien jusques il y a environ trois mois, époque à laquelle elle s'aperçut pour la première fois que la région inférieure du ventre était gonflée, mais non douloureuse. Environ une quinzaine plus tard, elle éprouva une vive douleur dans la région lombaire gauche, avec une sensation pareille à celle de l'eau froide qui aurait coulé le long de la cuisse gauche jusqu'au genou. Deux mois après ces premiers symptômes, le ventre s'était développé de plus en plus, et elle avait ressenti une « douleur sourde » dans la région épigastrique, cette douleur plus ou moins continue, n'augmentait pas sous la pression, mais causait de la gêne de la respiration. Simultanément avec la douleur épigastrique, il s'était manifesté une diminution et du trouble dans les urines ; un jour ou deux plus tard, les deux pieds et les jambes s'enflèrent considérablement, spécialement à droite. Durant la dernière quinzaine, elle a pris plusieurs doses de rhubarbe et de magnésie ; ces purgations ont produit un grand soulagement, une diminution de volume du ventre et de l'état hydropique des extrémités inférieures.

Symptômes a l'entrée. — Le ventre est très tendu ; il mesure à l'épigastre 73 centimètres et demi, et au nombril 87. La main y perçoit de la fluctuation. Quelle que soit la position, la partie inférieure de l'abdomen donne un son mat et la supérieure un son tympanitique sous la percussion. On ne peut découvrir de tumeur, et on ne saurait déterminer avec précision l'étendue de la matité hépatique. La langue, chargée d'un enduit blanc du côté droit, est parfaitement nette à gauche. La malade a bon appétit, mais ne saurait manger beaucoup à cause du malaise qu'elle ressent aussitôt à l'épigastre, symptôme dont elle est rarement quitte. Elle a une selle spontanée tous les deux jours. Pas de flatuosités ; dyspnée considérable ; toux légère, mais pas d'expectoration. La percussion est sonore dans toute la poitrine. Au sommet du poumon gauche la respiration est prolongée et rude, et la résonnance vocale est augmentée. Pouls à 85, d'une force satisfaisante. La dimension et les bruits du cœur sont normaux. La figure est très amaigrie et pâle. Les deux pieds et les jambes sont quelque peu œdématiés, surtout à droite. Le sommeil est mauvais, à cause de la dyspnée. L'urine offre une pesanteur spécifique de 1012, contient des phosphates en dissolution, mais pas d'albumine.

Marche de la maladie. — 5 *janvier*. Depuis son entrée elle a pris plusieurs doses d'huile de ricin, qui ont sensiblement amélioré son état général. Mais la nuit

(1) Recueillie par M. Alex, Mc Leod Pemberton, élève du service.

elle a une pénible orthopnée; elle déclare se trouver mieux couchée sur le côté gauche. Un examen très attentif, aujourd'hui, fait découvrir une forte matité à la percussion sur toute de la moitié inférieure du poumon droit; en cet endroit, les murmures respiratoires sont imperceptibles. Le ventre mesure actuellement à l'épigastre 78 centimètres, et 93 au nombril. Pouls à 92, faible. Urine abondante, chargée de phosphates. *Soutenir les forces par l'alimentation et donner 120 grammes de vin par jour.* — 12 *janvier.* La dyspnée, ne faisant qu'augmenter tous les jours, on se décide à pratiquer une ponction du ventre, dont on retire près de six litres d'un liquide pâle, jaune-verdâtre, d'une densité spécifique de 1012, et se prenant en masse solide, gélatineuse, sous l'action de la chaleur. Par le repos, il devint légèrement trouble, mais ne présenta au microscope rien de particulier si ce n'est quelques globules de sang disséminés çà et là. L'opération laissa à sa suite une tendance à la syncope qu'on combattit au moyen de vin de Porto et d'eau-de-vie. — 13 *janvier.* La malade éprouve un grand soulagement. On peut maintenant sentir sous les téguments relachés de l'abdomen des tumeurs nodulées, spécialement du côté gauche. — 14 *janvier.* Bien que considérablement soulagée, elle se plaint d'une grande faiblesse. — 15 *janvier.* En dépit des stimulants, elle est morte ce matin à 2 h. 30 m., vraisemblablement par suite d'épuisement.

Autopsie. — Trente cinq heures après la mort.

Aspect extérieur. — Grande maigreur. Parois du ventre relâchées, à cause de la ponction pratiquée peu de temps avant la mort et qui avait donné près de six litres de sérosité.

Thorax. — La surface externe du péricarde présente un certain nombre de nodules cancéreux, variant en grosseur depuis un grain de poivre jusqu'à une petite fève, ils ont une couleur blanche ou blanche rosée. Le feuillet viscéral du péricarde et le cœur sont intacts. La plèvre droite renferme environ deux litres de sérosité. Le poumon est comprimé et refoulé contre l'épine dorsale. Le quart supérieur est resté spongieux, mais plus des trois quarts inférieurs sont comme carnifiés et contiennent fort peu d'air. Sur la plèvre pulmonaire se trouvent disséminées de nombreuses tumeurs cancéreuses, de forme ronde ou ovale, variant en grosseur depuis une tête d'épingle, jusqu'à un pois. Elles sont d'une couleur blanche claire, sortent brusquement de la plèvre, et ont généralement un à deux millimètres d'épaisseur. Plusieurs d'entre elles offrent une légère dépression centrale, et dans beaucoup on constate des vaisseaux sanguins. La plèvre costale présente aussi des nodules semblables, et en outre des taches unies, dont quelques-unes ont le diamètre d'un franc. Le sommet du poumon droit est fortement ridé, et renferme plusieurs concrétions entourées d'un pigment épais; le reste du tissu est normal. Le poumon gauche est plus volumineux que le droit. Les plèvres au sommet sont adhérentes et épaissies. A la dissection, on découvre que cela correspond à une ancienne cavité tuberculeuse de la grosseur d'une petite noisette, également entourée d'un tissu épaissi chargé de pigment. La substance du poumon est d'ailleurs normale, et les plèvres en général n'offrent que peu de tumeurs cancéreuses disséminées à leur surface, de la nature de celles du côté opposé. Les glandes bronchiales et du médiastin sont normales.

Abdomen. — On trouve à peu près deux litres d'un liquide clair dans la cavité abdominale. L'ensemble du péritoine (pariétal et viscéral) est couvert de tumeurs cancéreuses. Le grand épiploon est ridé, ramassé sur lui-même, et converti en une masse de matière opaque, cancéreuse, modérément ferme, et dont la substance contient de nombreux points jaunes opaques. Le côlon transverse est ramené vers l'estomac, et très comprimé sous cette masse. Toutes les veines avoisinantes sont fortement congestionnées. Le péritoine tapissant la partie inférieure du diaphragme, est recouvert d'une épaisse couche de matière cancéreuse, qui semble avoir été

déposée en nodules si rapprochés qu'ils se sont fondus les uns dans les autres, formant une couche de quatre millimètres d'épaisseur. Des nodules et de petites taches de matière cancéreuse sont disséminés sur tout le reste du péritoine. Le mésentère tout entier est parsemé de petites tumeurs variant en grosseur depuis un grain de sable jusqu'à un grain de poivre. Des tumeurs semblables furent constatées dans le tissu séreux des petits intestins. Le méso-côlon et le méso-rectum sont épaissis et comme farcis de tumeurs cancéreuses. L'utérus, la vessie et les ovaires sont soudés ensemble par une exsudation cancéreuse. Aucun des viscères ou des glandes de l'abdomen n'est impliqué dans la maladie cancéreuse; celle-ci se limite exclusivement à la membrane séreuse.

Examen microscopique. — Les différents nodules de matière cancéreuse présentent tous les degrés de développement et de régression des cellules cancéreuses; en divers endroits il y a de nombreux noyaux libres; dans d'autres, de grandes cellules composées; ailleurs encore, des débris et de la dégénérescence graisseuse, formant les masses jaunes qui caractérisent le cancer réticulé.

Commentaire — L'apparition insidieuse et le développement d'une si grande quantité d'exsudation cancéreuse sur le péritoine méritent de fixer notre attention. Il est très possible que la maladie existait déjà trois ans avant l'entrée de la malade à l'établissement, à l'époque où eut lieu l'hémorrhagie de la membrane muqueuse de l'estomac et des intestins. Mais elle se rétablit promptement, et jouit d'une bonne santé, jusqu'au moment où se manifestèrent les symptômes de l'hydropisie, à la suite de la pression des tumeurs cancéreuses indurées, sur les veines abdominales. A aucune époque on ne constata de fièvre générale, ni douleurs, ni sensibilité sous la pression. Sous ce rapport, ce cas contraste sensiblement avec le précédent. Chez cette malade, malgré la lésion étendue du péritoine, il n'y avait pas de symptômes de péritonite; chez l'autre, avec le péritoine parfaitement sain, se manifestèrent de violents symptômes de péritonite. En fait, les seuls symptômes accusés ici résultaient uniquement de la compression des poumons, par suite de l'accumulation de sérosité dans la cavité péritonéale et dans la plèvre droite. L'orthopnée devint même si menaçante qu'elle me décida à opérer une ponction; et, chose digne de remarque, malgré l'immense soulagement qu'en éprouva la malade, elle n'en succomba pas moins peu de temps après. Au reste, il arrive rarement, quand on a recours à cette opération, dans les ascites résultant d'une maladie organique, que la mort soit différée bien longtemps encore, — preuve remarquable de l'erreur du système qui repose sur le traitement des symptômes. (Voir t. II, p. 68.)

Dans un cas fort analogue au précédent, chez un jeune homme de 20 ans, confié à mes soins durant l'hiver de 1858, j'eus affaire à la même péritonite généralisée de nature cancéreuse, au même gonflement du ventre par suite de l'accumulation du liquide, le tout également sans aucune sensibilité locale. Au lieu d'un foie muscade, c'est-à-dire d'un commencement de cirrhose, je trouvai cette dernière affection à un degré encore plus avancé. La difficulté de la respiration, néanmoins, n'était pas aussi intense, les plèvres étant saines, et la tension abdominale se dissipa spontanément trois semaines avant la mort, si bien que je pus sentir l'épiploon nodulé à travers

les parois abdominales, et déterminer dès lors la nature de l'affection. Le patient était un palefrenier, et les premiers symptômes de la maladie se manifestèrent sous la forme de varices aux extrémités inférieures. Celles-ci, lors de l'entrée, étaient démesurément gonflées et déformées, spécialement dans les régions poplitée et inguinale, où elles formaient des tumeurs de la grosseur d'un œuf de pigeon. Après la mort on constata que le gonflement provenait de veines engorgées, remplies d'un sang fortement coagulé d'une couleur rouge de brique. La cause des varices des extrémités consistait dans la pression occasionnée par la tension de l'épiploon épaissi sur les veines iliaques externes, à l'endroit précis où elles passent sous le ligament de Poupart. Il en faut conclure que le cancer existait dans l'abdomen de ce garçon, alors qu'il était encore capable de faire un service actif, car les varices firent leur apparition un an avant son entrée. Dans les deux cas, l'ascite a dû être en grande partie la conséquence naturelle de la maladie du foie. (Voir aussi Obs. XCII.)

SECTION VI.

—

MALADIES DU SYSTÈME CIRCULATOIRE.

—

Avant d'entreprendre d'exposer et de commenter les lésions du cœur, je crois à propos de vous rappeler quelques-unes des règles fondées sur les recherches d'un grand nombre d'observateurs sagaces, et qui nous serviront de guides dans le diagnostic des affections cardiaques. Ce sont les suivantes :

1° A l'état normal, la matité cardiaque à la percussion, mesure immédiatement au-dessous du mamelon, cinq centimètres transversalement ; l'extension de la matité en dehors de cette limite indique habituellement soit un développement extraordinaire de l'organe, soit une distension anormale du péricarde.

2° Dans l'état de santé, on peut voir et sentir la pointe du cœur battre sous la paroi thoracique, entre la cinquième et la sixième côte, immédiatement au-dessous et un peu en dedans du mamelon gauche. Toute variation dans la position de la pointe est l'indice d'une maladie, soit dans le cœur lui-même, soit dans les parties qui l'entourent.

3° Un bruit de friction coïncidant avec les mouvements du cœur indique une exsudation péricardique ou exo-péricardique.

4° Un bruit de soufflet coïncidant avec le premier bruit du cœur et plus distinct à la pointe, indique une insuffisance de la valvule mitrale.

5° Un bruit de soufflet au second temps et plus distinct à la base, indique une insuffisance aortique.

6° Un bruit accompagnant le second bruit normal et plus distinct au sommet, est très rare, mais quand il existe, il indique : 1° Une affection de l'aorte, si le murmure se prolonge dans la direction du sommet, ou 2° des inégalités à la surface auriculaire de la valvule mitrale ; ou 3° une

obstruction à l'orifice mitral, presque toujours accompagnée d'insuffisance, quand le souffle est double ou occupe la période des deux bruits cardiaques.

7° Il est plus commun d'observer un bruit anormal accompagnant le premier bruit cardiaque, plus distinct à la base, et se prolongeant dans la direction des grandes artères, ce bruit anormal peut provenir : 1° d'une altération du sang, comme dans l'anémie; 2° de la dilatation ou de certaines affections de l'aorte elle-même ; 3° d'un rétrécissement de l'orifice de l'aorte, ou d'affections de ses valvules; dans ces cas, il y a presque toujours en même temps insuffisance, et alors le murmure est double, ou occupe la période des deux bruits normaux. J'ai rencontré des cas qui me font croire qu'un tel bruit peut dépendre aussi de la présence de rugosités à la surface ventriculaire des valvules mitrales et de l'existence d'un exsudat coagulé déposé à la surface interne du cœur.

8° L'hypertrophie du cœur peut exister indépendamment de toute affection valvulaire, mais ce cas est fort rare. Dans la grande majorité des cas, c'est le ventricule gauche qui est affecté, et cela concurremment avec une lésion mitrale ou aortique. Dans le premier cas, l'hypertrophie se présente invariablement avec un arrondissement de la pointe; dans le second, il y a hypertrophie avec dilatation et en même temps élongation de la pointe.

L'observation de ces régles, dans la grande majorité des cas, suffira pour vous indiquer avec précision la nature de la lésion à laquelle vous aurez affaire. Dans les cas douteux, vous interrogerez avec avantage les symptômes concommitants, comme : 1° la nature du pouls au poignet; 2° la nature des dérangements pulmonaires ou cérébraux. On peut établir ici comme régle générale, mais une règle à laquelle il ne faudra pas accorder une confiance trop absolue, que le pouls est mou ou irrégulier dans les affections mitrales, mais dur, rebondissant ou régulier dans les affections aortiques. D'autre part on a observé aussi que les symptômes cérébraux sont plus communs et plus graves dans les affections aortiques, et les symptômes pulmonaires avec les lésions mitrales.

C'est à dessein que je n'ai rien dit des affections du côté droit du cœur, et d'un petit nombre d'autres conditions anormales de cet organe; en effet, je suis convaincu que l'intelligence des règles énoncées ci-dessus, fournira la meilleure méthode pour comprendre et découvrir avec facilité tous les cas exceptionnels susceptibles de se présenter. En fait, j'ai remarqué que la difficulté au lit du malade ne consiste pas tant à aboutir à des conclusions légitimes basées sur telle ou telle donnée, que d'arriver à ces données elles-mêmes. Vous avez à déterminer : 1° à l'aide de la percussion, si le cœur a son volume normal ou non; 2° s'il existe ou non un murmure anormal; 3° s'il accompagne le premier ou le second bruit du cœur; et 4° où et dans quelle direction le murmure est le plus distinct. Ces points établis, la conclusion découle des règles ci-dessus, et dépendra toujours essentiellement de vos connaissances en physiologie et en pathologie. Mais ce ne sont pas les enseignements que je vous donnerai, ni vos lec-

tures, ni même vos propres réflexions qui vous mettront en état d'arriver à la connaissance de ces faits. En un mot, il n'y a que la percussion de la région cardiaque, pratiquée par vous-même, et une attention consciencieuse aux sons qui frapperont votre oreille, qui puissent vous être de quelque utilité; et le plus tôt vous vous convaincrez de cette vérité, plus tôt vous surmonterez les difficultés préliminaires. C'est pour ce motif qu'il est si précieux de se trouver en présence des séries de cas assez souvent rassemblés dans un hôpital. C'est par cette observation attentive qu'on peut se convaincre de l'exactitude des faits affirmés par d'autres, qu'on peut s'assurer de la justesse probable des données du diagnostic au lit du malade ; qu'on peut surveiller les complications variées et les effets du traitement, et enfin qu'on peut observer, en cas de décès, comment, en se conformant aux règles établies, la sagacité du clinicien se trouve confirmée ou démentie par l'autopsie.

Lors même que vous serez familiarisés avec les formes ordinaires des maladies du cœur, vous rencontrerez des cas embarrassants, où les règles énoncées ci-dessus ne seront pas appliquables. Ces cas exceptionnels doivent toujours être étudiés avec le plus grand soin. C'est en effet ce que font tous les observateurs qui poursuivent le problème de déterminer, si possible, les caractères propres à distinguer les affections du côté droit du cœur de celles du côté gauche, ceux qui indiquent les lésions de l'artère pulmonaire, les formes chroniques de la péricardite, la persistance du trou de Botal, les concrétions dans les ventricules ou les oreillettes, etc., etc. Mais les cas bien observés de ces lésions moins communes sont encore trop rares pour nous permettre de les généraliser avec quelque confiance. J'ai souvent eu l'occasion d'étudier avec le plus grand soin des cas exceptionnels de l'espèce, mais sans pouvoir recourir ensuite à l'autopsie; tandis que dans d'autres circonstances j'ai constaté à l'autopsie des formes de lésions rares, alors que, pendant la vie on ne s'était point donné la peine d'établir un diagnostic, faute d'un examen minutieux et assidu des symptômes physiques. Je vous engagerais fortement à n'attacher qu'une importance médiocre à la description de ces cas exceptionnels, et aussi à ne pas en enregistrer vous-mêmes, à moins que vous n'ayez pu donner un soin égal à l'étude des signes physiques et des symptômes fonctionnels pendant la vie, et à l'examen anatomique après la mort.

PÉRICARDITE.

Obs. CIII (1). — *Péricardite aiguë. — Guérison.*

Commémoratif. — Jane Stambroke, 25 ans, servante, entrée le 7 janvier 1857. Six mois auparavant elle avait été admise dans un autre quartier de l'Infirmerie, pour des douleurs rhumatismales aux chevilles. Ces douleurs étaient accompagnées

(1) Recueillie par M'Leod Pemberton, élève du service.

d'une fièvre générale, et rien n'indiquait que le cœur fût alors affecté. Cependant depuis six semaines, elle a éprouvé une forte dyspnée, des palpitations, et, vers la région moyenne du sternum, un malaise augmentant toutes les fois qu'elle fait un certain effort ou qu'elle monte les escaliers. Il y a cinq jours, après s'être exposée à des variations brusques de température, elle ressentit vers le soir un fort frisson et une douleur croissante à la région du cœur ; force lui fut d'abandonner son travail et de se mettre au lit plus tôt qu'à l'ordinaire. Le lendemain, elle se sentit un peu mieux, mais le jour suivant les symptômes s'aggravèrent sans discontinuer. Hier soir on lui appliqua six sangsues qui ont produit un soulagement momentané.

Symptômes a l'entrée. — On sent faiblement l'impulsion cardiaque entre la quatrième et la cinquième côte. La matité à la percussion au niveau du mamelon, s'étend transversalement sur dix centimètres, à partir de l'extrémité droite du sternum, qui la limite au côté interne. A l'auscultation, un fort bruit double de friction est perceptible dans la région cardiaque et y est limité, il est surtout distinct sur le sternum et à la base. Les bruits systolique et diastolique sont imperceptibles, ou plutôt masqués par le bruit de frottement. Pouls à 108, régulier et d'une force modérée. La malade ne peut rester couchée sur aucun des deux côtés, et elle préfère la position assise. Elle se plaint d'une légère toux, mais sans expectoration. La percussion révèle une matité relative en arrière, s'étendant aux deux tiers inférieurs du côté gauche où l'on perçoit en outre une augmentation de la résonnance vocale et de l'égophonie, mais aucun râle. Le murmure inspiratoire du côté droit est un peu rude, mais du reste normal. La malade est empêchée de dormir par suite du malaise qu'elle éprouve au cœur et d'une dyspnée très pénible. Depuis deux mois, les règles sont supprimées ; les autres fonctions s'exécutent normalement. *Appliquer constamment des fomentations chaudes sur la région précordiale.*

Marche de la maladie. — 9 *janvier*. La douleur et la dyspnée ont été considérablement amendées par les fomentations. Le bruit de friction a disparu. L'urine est fortement chargée d'urates. Pouls à 80, mou. *Alimentation et* 60 *grammes de vin.* — 10 *janvier*. Absence de douleur et de dyspnée. Bruit de friction faible, et seulement perceptible sur le côté droit de la région cardiaque, dans la direction de la base. La matité transversale a diminué d'un demi centimètre. Les signes physiques restent les mêmes au poumon gauche. Pas de crépitation. Chlorures abondants dans l'urine. — 11 *janvier*. Le bruit de friction a de nouveau disparu mais les battements s'entendent comme à distance. A partir de ce moment la malade se rétablit rapidement.

Le 13, on constate encore une matité prononcée, avec augmentation de la résonnance vocale, mais diminution considérable de l'égophonie au côté gauche du thorax. — *Le* 18, la matité cardiaque en travers mesure six centimètres et quart. Au côté gauche de la poitrine en arrière, il reste encore un peu d'égophonie et une certaine résistance à la percussion. — *Le* 23, elle se plaint de manque d'appétit, et de légers symptômes dyspeptiques lesquels disparaissent le lendemain. — *Le* 27, elle se promène au dehors, et n'éprouve ni les palpitations ni la dyspnée qui ont signalé l'attaque actuelle ; on la congédie le 31 janvier.

Commentaire. — Voici un cas de péricardite simple chez une jeune fille rhumatisée, dont nous avons pu étudier et suivre tous les symptômes et tous les signes physiques. La maladie parcourut toutes ses phases naturelles avec une grande rapidité. Le cinquième jour, au moment de son entrée, le péricarde était fortement distendu par l'exsudation, et en même temps nous constatâmes des bruits de friction. Ceux-ci disparurent pendant un jour, probablement parce que les deux surfaces se trouvaient

séparées par de la sérosité. Le septième jour la distension du péricarde commença à diminuer, et il se reproduisit un léger bruit de friction. A partir de ce moment, nous avons constaté une décroissance rapide dans le champ de la matité, lequel était réduit à ses limites à peu près normales au quinzième jour. La douleur locale accusée par la malade fut traitée, avant son entrée, par l'application de six sangsues, mais elle n'avait pas disparu, lors de l'admission. Des fomentations chaudes sur la partie affectée suffirent pour la dissiper, et constituèrent l'unique traitement médical auquel nous eûmes recours. Naturellement, nous y ajoutâmes une alimentation appropriée et un peu de vin. Les symptômes physiques du côté du poumon étaient probablement le résultat de la pression subie par cet organe, par l'effet du gonflement du péricarde.

Obs. CIV (1). *Péricardite et endocardite. — Hydropéricarde.*

Commémoratif. — Barney Kilpatrick, 25 ans, mineur, entré le 8 juillet 1850, ressentit tout à coup, il y a neuf semaines, de la dyspnée et une sensation de pesanteur ou de douleur sourde dans la région cardiaque. Une quinzaine plus tard, cette sensation devint beaucoup plus aiguë, et se maintint telle jusqu'au moment de son admission. Depuis cinq années il est constamment exposé aux variations de température, mais il n'a jamais eu de rhumatismes.

Symptômes a l'entrée. — La matité cardiaque mesure huit centimètres transversalement, et est limitée en haut par le bord de la troisième côte. La pointe du cœur bat entre la cinquième et la sixième côte, à cinq centimètres au-dessous et considérablement à la droite du mamelon. Partout, correspondant au siége de la matité, on entend un bruit de friction double, semblable à un fort bruit de soufflet, mais ce bruit est superficiel. Au-dela de cette limite, ces murmures cessent subitement. L'action du cœur est régulière. Pouls à 96, régulier, petit et faible, plus marqué du côté droit que du gauche. Le plus léger mouvement cause une douleur s'étendant depuis la région cardiaque jusqu'au bras gauche et dans les doigts; grande dyspnée; pas de toux ni d'autres symptômes pulmonaires; pas de fièvre; pas de symptômes cérébraux ni de tendance à la syncope.

Traitement et marche de la maladie. — On prescrivit douze sangsues à appliquer sur la région cardiaque, et une pilule de calomel et d'opium à prendre de six en six heures. — Le 11, les bruits de friction deviennent plus distincts à la base qu'au sommet. Pouls à 108, faible au poignet gauche; au poignet droit, il offre une double pulsation, une première relativement forte, suivie d'une autre plus faible. *Extraire* 180 *grammes de sang de la région cardiaque, par le moyen de ventouses, et continuer la pilule toutes les quatre heures.* — Le 13, l'haleine exhale une odeur mercurielle. Pouls plus ferme; moins de dyspnée; bruits de friction plus affaiblis; douleur du bras moindre. — Le 14, pouls plein; légère fièvre; *appliquer six sangsues sur la région cardiaque, et donner une dose de morphine la nuit.* — Le 15, les bruits de friction ne sont plus perceptibles qu'à la base; anorexie; et même éloignement pour toute nourriture; supprimer les pilules au calomel et à l'opium. — Le 16, les bruits de friction ont disparu, mais un léger bruit de soufflet accompagne le second bruit à la base. — Le 18. Le malade a eu un violent accès de dyspnée et une syncope; pouls à 100, régulier, mais faible; matité cardiaque plus étendue; 120 *grammes de vin.* — Le 19. Orthopnée; pouls faible et saccadé, on sent dans la région cardiaque une sorte de frémissement; évanouissement; œdème des pieds

(1) Recueillie par M. David Christison, élève du service.

et des jambes. On administre largement des stimulants, mais le sujet succombe le 20, de grand matin.

L'autorisation de faire l'autopsie n'a pu être obtenue.

Commentaire. — Voilà un cas de péricardite bien caractérisé. Dans le principe, le murmure endocardiaque était dissimulé par les bruits de friction, mais ceux-ci disparaissant, l'existence de celui-là devint manifeste. Circonstance à remarquer, pendant que le mercure agissait sur l'économie, le bruit de friction diminuait; mais tout porte à croire que ce n'était pas à cause de l'absorption de l'exsudat, mais bien de l'augmentation dans la quantité de l'épanchement séreux. Il faut attribuer la mort aux effets combinés de la pression sur le cœur par le liquide épanché tout autour, et de l'impossibilité où il se trouvait d'exercer ses fonctions, par suite de l'insuffisance des valvules aortiques.

Depuis que ce cas s'est présenté à mon observation, j'ai eu lieu de m'assurer que le traitement suivi n'était pas rationnel et que la soustraction locale du sang, ainsi que l'administration du mercure dans de semblables circonstances, ne sont pas seulement inutiles, mais bien plutôt nuisibles. Il est vrai qu'il n'y a pas de comparaison à établir entre cette observation et la précédente, d'autant moins qu'ici nous avions incontestablement une lésion valvulaire compliquant la péricardite; mais c'est là une raison de plus contre les soustractions sanguines. J'ai cité ce cas comme un exemple des plus communs autrefois, mais qui, actuellement, par suite des progrès de la pathologie appliquée à la pratique, deviennent chaque jour plus rares. — Un traitement tout différent a été institué dans le cas suivant.

Obs. CV (1). — *Péricardite aiguë, suivie d'une pneumonie aiguë double. — Guérison. — Insuffisance aortique. — Rhumatisme articulaire subséquent. — Mort subite. — Péricarde adhérent. — Hypertrophie graisseuse du cœur. — Épaississement des valvules aortiques.*

Commémoratif. — Jessie Douglas, 22 ans, employée dans un magasin de papier, entrée le 19 nov. 1855, n'a jamais joui d'une bien bonne santé. Elle a eu plusieurs attaques de fièvre rhumatismale, et la dernière date d'il y a environ sept ans. Le 9 courant, après avoir été exposé au froid et à l'humidité, elle fut prise de frissons et de douleurs dans le dos. Ces symptômes disparurent pour faire place à une douleur et à un léger gonflement aux genoux, pendant quelques jours. Tout ce temps, bien que malade, elle n'eut ni maux de tête, ni vomissements, ni mal à la poitrine, seulement la difficulté de la respiration et les palpitations auxquelles elle était sujette ne firent qu'augmenter. Elle se mit en traitement, et prit des purgatifs, mais on ne lui ordonna ni saignée ni sangsues.

Symptômes a l'entrée. — La pointe du cœur bat distinctement entre la quatrième et la cinquième côte, immédiatement au-dessous et un peu en-dedans du mamelon; l'impulsion du cœur est large, et agite sensiblement la mamelle tout entière; cependant on la sent très peu distinctement dans la position normale; on n'y sent pas de vibration. La matité transversale à la hauteur du mamelon est de douze

(1) Recueillie par MM. Geo. Robertson et R. P. Ritchie, élèves du service.

centimètres. Les bruits du cœur sont extraordinairement peu distincts et voilés à la pointe, mais on n'y perçoit pas de murmures anormaux. A la base, le premier son est presque imperceptible, mais au second on entend un léger bruit de souffle. Pouls à 80, plein, régulier, non compressible. La respiration est très-laborieuse, 34 à la minute, régulière. Légère toux, mais sans expectoration. La sonorité à la percussion est normale partout; la résonnance vocale est plus considérable sous la clavicule gauche que sous la droite; on n'entend pas de râle, mais la respiration est exagérée sous la clavicule droite, et l'inspiration est soufflante sous la gauche. La malade parle avec langueur, ne dort pas, et se sent faiblir quand on l'assied. Urines neutres, non-albumineuses, déposant considérablement d'urates et de phosphates; pesanteur spécifique 1018; absence de chlorures. La malade est couchée sur le dos. Joues assez colorées; peau chaude et moite; pas de douleur ni de gonflement aux jointures. Prescr. *Donner toutes les quatre heures deux cuillerées de la potion suivante: Liqueur d'acétate d'ammoniaque et eau, de chaque 60 grammes.*

Marche de la maladie. — 20 *Novembre.* Les bruits du cœur à la pointe sont toujours extraordinairement peu distincts et voilés. A la base, immédiatement au-dessus du mamelon, on entend à chaque bruit normal un souffle excessivement doux, égal en intensité et en durée; il couvre un espace considérable, et on l'entend même très faiblement sous le mamelon droit. Immédiatement au-dessous du centre des deux clavicules, il y a un souffle prolongé, occupant la période des deux bruits normaux. Pouls à 72, plein et quelque peu saccadé; palpitations pénibles de temps en temps; respiration laborieuse, à 36 par minute. — *Appliquer douze sangsues sur la région précordiale et faire suivre de fomentations chaudes.* — 21 *novembre.* Les sangsues prennent bien. Il se produit un fort mouvement d'expansion, ou plutôt une sorte de soulèvement de toute la région précordiale; à la pointe, les murmures sont peu distincts; à la base, double murmure soufflant, plus distinct vers le haut du sternum. Pas de frottement perceptible, pas de douleur; les palpitations n'ont pas augmenté. Pouls à 80, légèrement saccadé, mais faible. La malade ne peut se lever, à cause de la tendance à la syncope; elle a l'air abattu et épuisé. Urines rares, ne contenant pas encore de chlorures. Prescr. *Repos absolu. Donner 90 grammes de vin et du beef-tea.* — 22 *novembre.* Peau moite; respiration à 46; pouls à 84, encore saccadé et faible. La pointe bat exactement sous la cinquième côte, un peu en-dedans du mamelon. A la base, on entend maintenant un craquement double, distinct et très-fort sur le côté du sternum. Matité transversale de huit centimètres. *Abandonner la mixture saline.* Le soir, on entendait un frottement très net au sommet aussi bien qu'à la base, et la pointe battait à un demi centimètre plus bas et au côté interne. — 23 *novembre.* Pouls à 72, mêmes caractères; respiration à 35. A la base de l'organe cardiaque, le double frottement qu'on entendait hier, est remplacé en ce moment par une sorte de craquement continu, lequel se propage même jusqu'à la pointe. — 24 *novembre.* Pouls à 80, encore légèrement saccadé, mais mou; respiration à 36. A la pointe, rien de changé. A la base, il y a un frottement alternatif continu; on l'entend aussi à la pointe, mais avec moins de netteté et de continuité. Prescr. *Esprit d'éther nitrique 12 grammes; Teinture de colchique 4 grammes; Eau 165 grammes. M. Pour en donner 30 grammes trois fois par jour.* Prescr. *Poudre d'opium 0,20 centigrammes; Extrait de cachou 1 gramme; Conserve de roses q. s. pour faire 6 pilules. En donner une toutes les 6 heures.* — 25 *novembre.* Les mêmes murmures de frottement; pouls à 80; respiration à 36. Les urines surchargées d'urates, ne contiennent pas encore de chlorures. — 26 *novembre.* Pouls à 80, légèrement saccadé, plus dépressible; respiration à 32; peau sèche et chaude; langue moite; pas d'appetit; urines conservant les mêmes caractères; frottement moins agité, moins continu et plus sensible au second bruit. — 28 *novembre.*

A la visite de ce jour, on constate de la matité dans la région scapulaire gauche, près de l'angle inférieur, couvrant un espace de la largeur de la main, avec crépitation et résonnance bruyante de la voix. Le frottement de la région cardiaque est diminué, tant en intensité qu'en durée. *Donner 90 grammes de vin de plus.* (Ce jour là commença une attaque de pneumonie, affectant le poumon gauche, et qui fut guérie au bout de sept jours.) Outre la matité, la crépitation et le renforcement de la résonnance vocale, le quatrième et le cinquième jour, on constata un murmure de frottement à la base du poumon gauche. Les chlorures reparurent dans l'urine le quatrième jour. *Appliquer un vésicatoire de 10 × 8 centimètres sur le côté droit de la poitrine en avant, et le 29, faire la même chose du côté gauche.* — *2 décembre.* La percussion donne, pour la matité transversale, plus de huit centimètres; la pointe bat faiblement entre la cinquième et la sixième côte. A la base, on entend un bruit rude prolongé, lequel, au niveau du mamelon se complique d'un second bruit de frottement. Vis-à-vis du centre du sternum, au niveau du mamelon, ce frottement est plus distinct, et est encore perceptible au côté droit du sternum, jusqu'à quatre centimètres du mamelon droit. — Pouls à 96, encore saccadé et mou. — *6 décembre.* On constate aujourd'hui une matité considérable du côté droit, depuis l'angle inférieur de l'omoplate, jusqu'à la base. — La respiration est presque imperceptible, et faiblement bronchiale. Dans toute l'étendue de la matité, on perçoit également, à l'inspiration, une petite crépitation légère, et la résonnance vocale a augmenté. Pouls à 126, mou, saccadé; respiration à 52; grande dyspnée. (La pneumonie du côté droit, commence à se dissiper au septième jour. Pendant toute sa durée, les urines présentèrent constamment des chlorures en abondance; il y eut une légère toux et peu d'expectoration). — *12 décembre.* Le bruit de frottement cardiaque a disparu complètement à la pointe. A la base, on entend maintenant un bruit de souffle au second temps; le premier ne s'accompagne d'aucun murmure anormal. — *26 décembre.* Ce matin, vers 9 heures 30 min., la malade ayant pris la position couchée pendant quelques minutes, de violentes palpitations se déclarèrent, et l'obligèrent à se rasseoir; elle était menacée d'évanouissement et se trouvait si agitée, qu'elle en avait presque perdu la tête. A 11 heures les palpitations s'étaient un peu calmées, mais l'action cardiaque était encore très violente, ébranlant tout son corps et provoquant une vive douleur dans la poitrine. Pouls presque continu (180 pulsations à la minute) saccadé et non compressible; pas de difficulté de respirer; pas de mal de tête; facies pâle et inquiet; agitation et parfois gémissements. L'urine à la suite de cette crise est rare, trouble, d'une couleur de brique, se clarifiant d'abord sous l'action de la chaleur, puis à une chaleur plus forte et par les acides donnant une légère coagulation. Cette crise se dissipe vers le soir, par l'administration d'un mélange de *teinture ammoniacale de valériane et de solution de chlorhydrate de morphine.* — *31 décembre.* La malade se lève environ deux heures par jour, et commence à avoir très faim. — *1 janvier.* Les symptômes cardiaques sont restés les mêmes; à la pointe, l'impulsion est perçue sourdement; à la base, on perçoit encore le souffle au second temps. A partir de cette date, la malade reprend graduellement des forces, sort dans l'établissement et plusieurs fois même a fait une promenade dans la ville. Le pouls, oscillant d'ordinaire de 90 à 100 à la minute, s'élève de 100 à 120, à la moindre excitation. Des palpitations se produisent également avec la plus grande facilité à la moindre émotion, durent environ quinze minutes, et s'accompagnent d'une vive douleur dans la région du sternum. — Le *15 février* on ne constate aucun changement dans les bruits du cœur. Matité transversale, sept centimètres; pouls à 96, plein et régulier, conservant toujours son caractère saccadé. La malade est congédiée le 17, sensiblement soulagée.

Elle revint (dans le service du Dr Christison) le 29 *février*, souffrant d'une attaque de rhumatisme articulaire; elle ne tarda pas à entrer en convalescence, mais sans

cesser de rester faible, très impressionnable, ayant des palpitations douloureuses et des menaces de syncope. Le bruit de souffle au second temps, à la base, persistait, mais l'examen le plus attentif, à l'inspection, par la percussion ou à l'auscultation, ne permit de constater aucun autre symptôme physique. Matité cardiaque, huit centimètres et demi en travers. Ce fut dans ces conditions qu'elle prolongea son séjour à l'établissement, dans lequel elle circulait librement, jouissant d'une santé passable, quand le soir du 14 mai, elle se redressa soudain en poussant un cri, et retomba immédiatement, pâle, la bouche béante et presque sans pouls; elle expira trois minutes après, malgré les stimulants et les soins les plus empressés qui lui furent administrés avec toute l'intelligence possible.

Autopsie. — Trente-neuf heures après la mort.

Thorax. — Le péricarde est partout adhérent. Le cœur est uniformément hypertrophié et pèse 840 grammes. En versant un filet d'eau dans l'aorte, il en sort librement par le ventricule. Les valvules semilunaires aortiques sont épaissies et rétrécies, mais ne présentent pas de végétations. Les orifices auriculo-ventriculaires, spécialement celui du côté droit, sont légèrement dilatés. Le ventricule gauche est fortement dilaté; ses parois ont conservé leur épaisseur naturelle. Le ventricule droit conserve ses dimensions normales. Les poumons présentent un état congestif dans les parties déclives en arrière, mais pour le reste ils ne sont le siége d'aucune altération. La substance musculaire du cœur est partout d'une couleur jaune fauve, molle et aisément friable sous les doigts.

Abdomen. — Les organes abdominaux n'offrent rien d'anormal.

Examen microscopique. — Les adhérences péricardiques consistent en un tissu aréolaire bien formé, en bandes solides étroitement soudées les unes aux autres. La substance du cœur offre toutes les phases de la transformation graisseuse des muscles; les fascicules sont friables pour la plupart et les stries transverses sont obscures, mais çà et là de nombreux granules graisseux, ont remplacé plus ou moins l'élément musculaire.

Commentaire. — Ce cas a été observé avec le plus grand soin pendant une période de près de six mois. Dès le premier examen nous reconnûmes l'existence de la péricardite; la distension de l'enveloppe séreuse du cœur était même poussée au point que les deux surfaces séparées ne frottaient plus l'une sur l'autre, il n'existait donc plus de bruits de frottement. Le pouls était plein et saccadé; toutefois, le caractère précis de la lésion valvulaire ne put être dès lors précisé. Il y avait aussi de la dyspnée, et dans le but de combattre ces symptômes et divers autres, on appliqua douze sangsues qui eurent pour effet d'affaiblir considérablement la malade. On prescrivit immédiatement du vin, des fortifiants et le repos; à cela se borna désormais tout le traitement. Le lendemain, la tension à l'intérieur du péricarde commença à diminuer, et le bruit de frottement reparut. A mesure que les signes péricarditiques disparaissaient, il devenait de plus en plus évident qu'il y avait insuffisance aortique, et plus tard, un souffle prolongé au second temps, à la base, resta comme un indice permanent de la lésion des valvules sigmoïdes. La malade se trouva aussi aux prises avec deux atteintes différentes de pneumonie, l'une du côté gauche et la suivante du côté droit; pendant toute la durée de ces complications, nous lui avons administré assidûment des fortifiants et du vin. Tous ceux qui ont suivi ce cas, ont pu se convaincre que

cette femme, pendant ces deux attaques pneumoniques, qui présentaient l'une et l'autre tous les symptômes caractéristiques et tous les signes physiques de cette maladie, ne dut la vie qu'aux fortifiants et aux stimulants; la moindre tentative de traitement antiphlogistique eût été fatale. On observa à cette époque un pouls plein et saccadé, beaucoup l'auraient qualifié de dur, c'était donc là un exemple de ce que les auteurs ont souvent décrit comme une pneumonie franche, avec cet ensemble de symptômes, pour lesquels ils nous recommandent de saigner largement. J'ai la conviction que des cas de ce genre, avec affection aortique et dyspnée, regardés comme des affections pulmonaires, typiques, avant l'introduction des signes physiques dans le diagnostic médical, étaient traités par de larges saignées, et contribuaient pour une certaine part à augmenter la mortalité si considérable qui caractérisait, comme nous le verrons plus loin, la pratique ancienne. Par le moyen d'un traitement tout opposé, notre malade se rétablit peu à peu, et finit par se trouver si bien que (en dépit de son insuffisance aortique et de ses palpitations), elle insista elle-même pour partir. Malheureusement, elle eut l'imprudence de s'exposer à un nouveau rhumatisme articulaire, et dut rentrer à l'Infirmerie. Quant aux signes et aux symptômes physiques du côté du cœur, ils n'avaient pas varié. Elle guérit une seconde fois, mais mourut subitement dans une syncope fatale. A l'autopsie, on trouva la confirmation littérale de tous les faits de l'observation, et on put se rendre parfaitement compte de la nature de l'affection. Les deux feuillets du péricarde étaient partout adhérents; les valvules aortiques étaient épaissies et insuffisantes, d'où la persistance du murmure valvulaire et l'agitation du pouls; le ventricule gauche était hypertrophié, comme l'avait révélé la percussion; et la transformation graisseuse déjà très avancée, en voie d'envahir la substance musculaire du cœur, rend suffisamment compte de la mort subite.

Obs. CVI (1). — *Péricardite aiguë survenant dans le cours d'une phthisie.*

Commémoratif. — Edward Campbell, 30 ans, portier, entré le 5 septembre 1856, a, depuis une douzaine d'années, des habitudes d'ivrognerie, des occupations irrégulières et souvent une nourriture insuffisante. Il y a un mois environ, il ressentit les premières atteintes d'une petite toux sèche, avec une légère expectoration, celle-ci, dans ces derniers jours, est devenue abondante et jaunâtre. Il y a quatre jours les crachats commencèrent à être teintés de sang; à peu près en même temps les selles devinrent abondantes et liquides, il survint des sueurs nocturnes profuses. Il se rappelle avoir eu souvent des frissons autrefois, mais il n'a noté, à cet égard, rien de particulier dans ces derniers temps.

Symptômes a l'entrée. — La percussion décèle une matité caractérisée au sommet du poumon gauche, et latéralement dans la région axillaire. On entend aussi une résonnance de pot fêlé à la face antérieure du côté gauche, depuis le premier espace intercostal jusqu'au quatrième. A l'auscultation, on perçoit de gros râles humides à l'inspiration et à l'expiration, dans toute l'étendue du poumon gauche, avec

(1) Recueillie par le Dr Thorburn, médecin résident et par H. V. M'Laurin, élève du service.

accroissement de la résonnance vocale, et même de la bronchophonie à la partie supérieure. Dans le tiers inférieur de la région latérale gauche, on entend un frottement à l'inspiration. Le poumon droit ne présente rien d'anormal à la percussion ni à l'auscultation. L'expectoration est abondante, spumeuse et mêlée de sang; dyspnée considérable; le cœur est sain; pouls à 112, peu compressible; appétit mauvais; selles régulières; peau chaude; face empourprée. Le malade est amaigri, faible et couché sur le dos; il dort mal. Grande agitation dans les membres. Urine non coagulable, et contenant des chlorures en abondance, pesanteur spécifique 1020.

Marche de la maladie. — 5 *septembre* au 21. On a administré de l'antimoine à petites doses; on lui a appliqué un vésicatoire de cinq centimètres carrés sur la région mammaire. Les forces ont été soutenues par un régime fortifiant, du vin, et quelquefois du gin. — Le 11 on soumit l'expectoration à un examen attentif, et on y découvrit, au miscroscope, du tissu jaune élastique. Les signes physiques du côté gauche se sont très peu modifiés; les râles sont moins nombreux; la respiration est plus bronchiale. Au sommet droit il y a maintenant de la matité, une respiration rude et parfois de la crépitation vers la fin de l'inspiration. La fièvre, bien que forte encore, a considérablement diminué. Pouls généralement à 120, mou. — Du 21 *au* 30 *septembre* les phénomènes pulmonaires se modifièrent peu, bien qu'ils fussent sujets à des intermittences, mais la diarrhée qui auparavant était insignifiante, s'aggrava considérablement. — 1 *octobre*. Aujourd'hui on perçoit un bruit de frottement double sur la région précordiale, doux à la base, plus rude et plus fort vers la pointe. La matité cardiaque à la percussion a gagné du terrain; au côté externe on ne saurait la déterminer, mais au côté interne elle s'étend jusqu'au centre du sternum. Pas de frémissements; pouls à 128, faible, intermittent et compressible; 56 respirations à la minute; voix rauque; toux pénible; expectoration purulente. Le malade est faible, mais n'éprouve aucune douleur; il se dit même tellement bien qu'il est très impatient de sortir pour aller voir un ami. Pas d'appétit; la diarrhée continue. — 2 *au* 9 *octobre*. Le frottement péricardial est toujours distinct. Il y a aussi un bruit de friction pleurétique à la région latérale gauche, plus distinct et plus étendu que lors de l'admission; le côté droit est mat au sommet, avec des râles humides à l'inspiration; aujourd'hui on constate des bruits de frottement durant l'expiration à la base du côté droit. — 9 *au* 17 *octobre*. Les phénomènes de l'auscultation n'ont pas varié. Les râles humides du poumon sont plus rudes et comme bulleux; la dyspnée est intense; 60 respirations à la minute, face livide; pouls de plus en plus faible, au point de devenir imperceptible. — 17 *octobre*. — Mort ce matin.

Autopsie. — Vingt-et-une heures après la mort.

Le corps est amaigri.

Thorax. — Le poumon gauche est partout infiltré de tubercule gris; au sommet, il s'en trouve un amas considérable environnant trois ou quatre cavités remplies de pus et dont la plus grande a la dimension d'un œuf de poule. De nombreuses cavernes plus petites existent dans le lobe supérieur, lequel, comme les bronches, laisse suinter, sous la pression, un pus abondant. Le poumon droit est aussi infiltré de tubercule gris dans son lobe supérieur, et le sommet présente deux cavités du volume d'une noix. Le lobe inférieur est légèrement parsemé des mêmes tubercules et fortement gorgé de sang et de sérosité. Adhérences générales des deux côtés. Les deux feuillets du péricarde sont recouverts d'une fausse membrane exsudative, tapissée de villosités et d'une épaisseur moyenne de trois millimètres; cette poche séreuse renferme environ 60 grammes de sérosité. Les valvules et la substance du cœur sont naturelles.

Abdomen. — Les organes abdominaux n'offrent rien à noter.

Examen microscopique. — La texture de la membrane villeuse exsudative, soumise à un examen minutieux, offre la disposition représentée dans la fig. 193, t. I, p. 231. Ces villosités varient considérablement dans leurs dimensions et sont parfaitement visibles à l'œil nu. Elles offrent toutes une consistance pulpeuse et sont formées d'une membrane délicate, recouverte en beaucoup d'endroits par plusieurs couches d'épithélium pavimenteux (fig. 193 *b*). Leur texture se compose d'une agrégation de cellules fibreuses, à tous les degrés de développement; plusieurs d'entre elles flottent librement dans le champ du microscope (fig. 193 *c*). Par l'addition d'acide acétique, le tout devient transparent, et on n'aperçoit plus que le contour des villosités et des noyaux fusiformes qui en font partie. Çà et là existent des espaces transparents ou vacuoles, dont quelques-unes présentent à l'extérieur des traits transversaux ou des plis (Fig. 193, *a. a.*) Le cœur fut injecté avec soin par le professeur Goodsir, et l'on peut encore en voir des portions au muséum de l'Université, garnies de la couche de lymphe attenante à l'organe et dans laquelle on distingue un riche plexus de vaisseaux injectés à l'aide de gélatine colorée.

Commentaire. — Cet homme, à son entrée (5 septembre), était en proie à une fièvre intense. Il avait une toux avec expectoration sanguinolente; dyspnée; face livide; chaleur mordicante à la peau; pouls à 112, ferme; matité et bruit de pot fêlé à la percussion, sur le côté gauche de la poitrine en avant, et de gros râles humides à l'inspiration et à l'expiration. C'étaient donc là les symptômes d'une pneumonie aiguë, dans sa période suppurative. D'autre part, au dire du sujet, la maladie s'était déclarée seulement depuis un mois, par une toux sèche; elle ne s'était annoncée par aucun frisson particulier; au reste les urines contenaient des chlorures en abondance. On pouvait donc conclure que c'était un cas de tuberculose aiguë. L'aspect général du sujet nous apprenait peu de chose, car sans être robuste, il n'était nullement amaigri. On donna des préparations salines légères, dans le but de modérer la fièvre, et on administra en outre du vin, du gin et une alimentation fortifiante en vue de soutenir ses forces. Le sixième jour, après son admission dans nos salles, j'examinai attentivement les matières expectorées au microscope, et j'y constatai une quantité de fragments de tissu pulmonaire, mélangés de beaucoup de pus et de quelques corpuscules de sang. C'était là un premier fait indiquant le caractère phthisique de la maladie. Plus tard, les symptômes pneumoniques disparurent; la matité et les râles se limitèrent aux sommets des deux poumons, et on n'examina plus que de temps en temps les signes physiques du thorax. A la visite du 1er octobre, nous constatâmes un double bruit de frottement dans toute la région cardiaque, si distinct qu'il suffit pour conclure à l'existence d'une péricardite confirmée. Il n'y avait ni douleur, ni palpitations, ni symptômes fonctionnels d'aucune sorte; si bien que sans le signe physique du frottement, jamais l'attention ne se fût portée de ce côté. Vers cette époque, en effet, il y avait eu intermittence dans les symptômes fébriles, la toux avait diminué et le malade se sentait tellement mieux, que c'est avec difficulté qu'on avait pu lui faire garder la chambre et même l'empêcher de sortir de l'établissement. Cependant, les symptômes phthisiques persistèrent; la diarrhée devint colliquative, l'affaisement vint s'y joindre, et il mourut sans avoir fourni

aucun symptôme d'une affection cardiaque autre que les signes physiques. A l'autopsie, indépendamment de la lésion pulmonaire, le cœur présentait une couche de lymphe veloutée, tapissant uniformément les deux feuillets du péricarde. Cette fausse membrane était déjà vascularisée, sa surface libre revêtue d'épithélium, et les villosités dont elle était hérissée, devaient être en voie d'absorber activement la sérosité épanchée, dont nous avons encore retrouvé une petite quantité. Nous voici donc en présence d'un remarquable exemple d'inflammation aiguë véritable d'une surface séreuse, n'ayant offert aucun indice autre que des signes physiques, sans aucune espèce de symptôme fonctionnel pour les confirmer. Le seul traitement possible était donc de soutenir les forces générales. En l'absence de symptômes locaux, les remèdes topiques étaient évidemment inutiles.

Dans ce cas, nous constatons donc une exception aux lois générales qui sont censées régir les exsudations; nous avons un sujet phthisique chez lequel, tandis que les tubercules se produisaient dans les poumons, une exsudation inflammatoire surgissait dans le péricarde. (Voir Obs. LX, vol. II, p. 9). Un point digne de fixer notre attention, c'est l'apparition de la péricardite au moment où la santé générale commençait à s'améliorer sous l'influence d'un régime fortifiant, circonstance de nature à expliquer la transformation rapide et déjà avancée de l'exsudat. Il résulte à l'évidence de faits semblables, comme du reste d'un grand nombre d'observations antérieures, que les inflammations franches ne sont pas nécessairement en corrélation avec une constitution robuste, puisqu'on en voit se produire au dernier terme des maladies les plus épuisantes.

Obs. CVII (1). — *Ascite. — Anasarque. — Péricarde adhérent et hypertrophie graisseuse du cœur. — Congestion du foie.*

Commémoratif. — John Young, 19 ans, domestique de ferme, entré le 16 avril 1855, avait éprouvé, neuf mois auparavant, une douleur dans l'hypochondre droit; peu de temps après, son ventre commença à gonfler. Un traitement médical fit dissiper le gonflement, mais il ne tarda pas à se reproduire après suspension des médicaments, pour disparaître encore avec les mêmes moyens. Cependant le gonflement s'étant reproduit pour la troisième fois, il sollicita et obtint d'être admis dans l'établissement.

Symptômes a l'entrée. — Le sujet est un garçon robuste, à l'abdomen protubérant, n'offrant aucune trace d'œdème; cependant il déclare avoir eu les jambes enflées. Les sclérotiques présentent une légère teinte jaune. La langue est moite et un peu chargée, l'appétit bon; pas de dysphagie ni de vomissements. L'étendue de la matité hépathique ne saurait être déterminée, à cause de la matité générale de l'abdomen à la percursion; on constate en effet que la tension du ventre est due à une accumulation de liquide dans les parties déclives. Bruits cardiaques normaux. On n'a pas déterminé la surface de la matité cardiaque. Pouls à 80, assez fort. A l'auscultation, on perçoit des râles sibilants dans toute la poitrine. Le malade expectore une assez grande quantité d'un mucus épais et spumeux. Il se plaint de dyspnée et de toux, particulièrement après les repas. Urines rares (360 grammes dans les 24 heures), offrant une couleur naturelle, et de très faibles traces d'albumine. *Donner une pilule de scille et digitale, trois fois par jour.*

(1) Recueillie par M. Robert Byers, élève du service.

Marche de la maladie. — 19 *avril*. L'urine n'a pas augmenté de quantité. *Appliquer sur l'abdomen de la spongio-piline imbibée d'une solution de digitale quatre fois plus concentrée que d'ordinaire.* — 25 *avril*. Toux moindre et expectoration plus facile, mais la sécrétion urinaire n'a pas augmenté. Une éruption papuleuse s'est montrée sur l'abdomen, par suite de l'action de la spongio-piline. — 29 *avril*. Le malade a eu de nombreuses évacuations aqueuses sans coliques, et avec quelques nausées seulement, après avoir pris de l'élatérium, à la dose d'un centigramme et d'un centigramme et demi. — 2 *mai*. On enlève la spongio-piline, qui paraît causer de l'inflammation à la peau. — 3 *mai*. Les bruits cardiaques sont normaux à la base et à la pointe. — Le ventre est moins tendu. La limite supérieure de la matité ne remonte pas plus haut que ci-devant La limite inférieure ne peut être déterminée. L'urine n'est pas coagulable. — 9 *mai*. Le malade se trouve beaucoup mieux ; l'ascite a légèrement augmenté. On lui prescrit deux grammes de poudre de jalap composée. — 11 *mai*. Il a éprouvé, comme de coutume, du soulagement après le purgatif ; l'urine a augmenté un peu. Les pieds, les jambes, les cuisses et le scrotum sont maintenant œdémateux. — Prescr. *Bitartrate de potasse 4 grammes trois fois par jour*. — 13 *mai*. L'anasarque fait des progrès. La dyspnée est plus intense, l'urine presque sans albumine. Pouls à 63, irrégulier et faible ; constipation. — 18 *mai*. Des selles abondantes se sont produites sous l'influence de purgatifs, notamment *d'extrait d'élatérium* à la dose d'un centigramme et d'un centigramme et demi. L'anasarque n'est pas aussi marquée et la micturition est plus facile, en dépit de l'œdème considérable du pénis et du scrotum. *Continuer l'emploi du bitartrate de potasse.* — 21 *mai*. Le malade est moins bien aujourd'hui et se sent mal à l'aise dans la position horizontale ; on doit lui donner un oreiller spécial pour soutenir la tête et les épaules. Pouls à 88, faible et intermittent. — 24 *mai*. Pouls à 84, faible et irrégulier ; 720 grammes d'urine ont été rendus en 24 heures ; la densité de ce liquide est de 1028 ; sans albumine. Le ventre se gonfle de plus en plus. — 25 *mai*. Etat général comme hier ; la position horizontale ne peut plus être supportée. La quantité d'urine s'élève à 810 grammes. Le 28 et les jours suivants elle oscille entre 600 et 720 grammes, pesanteur spécifique 1021 ; pas d'albumine. — 31 *mai*. La sécrétion urinaire diminue, la toux s'aggrave, l'orthopnée continue ; pouls à 94, faible et intermittent. — Le malade s'affaisse, ne prend pas même la nourriture qu'il avait demandée, à cause de la sensation pénible que lui fait éprouver la tension de l'abdomen. Prescr. *Esprit d'éther sulfurique 2 grammes. Sesquicarbonate d'ammoniaque 2 grammes. En donner 30 grammes toutes les trois heures.* — 3 *juin*. Mort.

Autopsie. — Vingt-six heures après la mort.

Anasarque générale. Face gonflée et œdématiée ; un peu d'hémorrhagie nasale, membres infiltrés ; abdomen protubérant et fluctuant ; lividité cadavérique très marquée.

Thorax. — La plèvre droite contient environ un litre d'une sérosité claire ; la gauche un demi litre. Le lobe inférieur du poumon droit est comprimé, non crépitant, et le bord des autres lobes emphysémateux ; quant au reste, les poumons sont intacts. Les deux feuillets du péricarde ont contracté des adhérences solides dans toute leur étendue. Cette membrane a acquis une épaisseur considérable, variant de quatre à cinq millimètres, et présente une consistance fibreuse ou presque cartilagineuse. Le cœur a conservé sa dimension à peu près normale, mais ses parois, particulièrement celles du ventricule gauche, sont plus minces que d'ordinaire, ayant moins de quatre millimètres d'épaisseur à la pointe. Les valvules et l'endocarde sont intacts ; le tissu musculaire est d'un jaune fauve.

Abdomen. — On en retire au-delà de treize litres et demi d'un liquide clair. Le

foie pèse 1420 grammes. Les vaisseaux hépathiques sont congestionnés de telle sorte que cet organe présente à la coupe un aspect rappelant celui de la noix muscade. La rate, pourtant naturelle, mais molle, pèse 260 grammes. Les deux reins, pesant chacun 325 grammes, sont entièrement sains. Le canal alimentaire, examiné avec soin ne présente rien d'anormal, sauf une certaine congestion de la muqueuse des deux tiers inférieurs du rectum. Les grosses artères et les veines du cou, de la poitrine, de l'abdomen et du pelvis sont à leur tour attentivement examinés et trouvés dans des conditions normales.

Examen microscopique. — Les stries, dans un certain nombre de fibres musculaires cardiaques, sont indistinctes, et de nombreux globules graisseux apparaissent dans le sarcolemme. Les cellules hépatiques renferment un peu plus de matière bilieuse et graisseuse qu'à l'ordinaire, mais dans presque toutes on distingue encore les noyaux. Le tissu des reins est normal.

Commentaire. — Les antécédents de cet homme et les symptômes qu'il présentait me déterminèrent à considérer sa maladie comme ayant essentiellement son siége dans le foie. D'après les renseignements qu'il nous a donnés, il remarqua son ascite neuf mois avant son entrée, puis successivement, de l'œdème aux pieds et une anasarque générale. Lorsque je repris le service de la clinique, en mai, je ne pus découvrir aucune altération dans le volume du foie, ni de sensibilité morbide dans l'hypochondre droit. Le cœur attentivement exploré fut trouvé normal, et jamais le patient ne s'est plaint de ce côté. Les poumons dénonçaient à l'évidence une légère bronchite, à laquelle il ne pouvait venir à l'idée de personne d'attribuer l'hydropisie. L'urine peu abondante renfermait de légères traces d'albumine, qui disparurent plus tard. A aucune époque cette affection n'offrit de ressemblance avec la maladie de Bright, aussi les reins, à l'autopsie, furent-ils trouvés intacts. La rapidité du développement de l'hydropisie constituait ici le danger principal. Comme les diurétiques restaient sans effet, on eut recours aux cathartiques hydragogues, et bien que ceux-ci produisissent un soulagement momentané, l'anasarque augmenta rapidement, et le malade succomba. A l'examen du cadavre, nous avons vu le foie simplement congestionné et à peine le siége d'une légère altération. Le péricarde était épaissi et adhérent dans toute son étendue; les poumons étaient affaissés en arrière, et légèrement emphysémateux en avant. Vraisemblablement, la congestion du foie et les principales lésions du poumon sont les résultats plutôt que la cause de l'anasarque, et l'origine réelle de l'hydropisie doit être rapportée à l'affection du cœur. Durant la vie, il est vrai, aucun symptôme, aucun signe physique ne nous dénonçait l'état anormal du cœur. Mais il est évident que cet homme avait dû avoir une péricardite étendue; d'ailleurs ce n'est pas le premier exemple qui s'offre à nous d'une lésion de ce genre, en l'absence de toute espèce de symptômes. Cette affection, comme chez Jessie Douglas, détermina une dégénérescence graisseuse de l'organe, avec atrophie, il est vrai, au lieu d'une hypertrophie; aussi, au lieu d'une issue rapide comme chez elle, il s'ensuivit une telle langueur dans la circulation, qu'il se produisit une congestion des veines du foie et des poumons, laquelle à son tour détermina l'anasarque. Dans la plupart des cas où l'hypertrophie du cœur et consé-

cutive à des adhérences du péricarde, j'ai constaté la présence d'une affection valvulaire. Dans le cas présent, par exception, les valvules étaient normales, mais au lieu d'une hypertrophie, nous avons trouvé un état d'atrophie.

Obs. CVIII (1). — *Péricardite rhumatismale.*

Commémoratif. — Jane Beaton, 13 ans, jeune fille frêle et délicate, est entrée le 30 novembre 1853. Elle rapporte, qu'il y a une couple d'années, elle dut garder le lit pendant un mois, à cause d'un rhumatisme aigu; peu de temps après, — elle ne peut préciser au juste quand, — elle remarqua que son cœur battait souvent avec une célérité extraordinaire. Elle pouvait parfaitement observer elle-même les palpitations quand elle se déshabillait pour se mettre au lit. Auparavant, elle n'avait jamais eu aucune espèce de malaise au cœur, ni douleur, ni dyspnée, et elle assure qu'elle savait courir tout autant que les autres enfants de l'école, jusqu'au moment de sa maladie actuelle. Il y a trois semaines, après avoir été exposée au froid, du moins à ce qu'elle pense, elle sentit de la faiblesse, perdit l'appétit et se mit au lit de bonne heure. Le lendemain elle ne put se lever, à cause d'une douleur aux deux jointures des hanches; deux jours plus tard, les genoux, les poignets, les coudes et les épaules se trouvèrent également affectés. Les genoux étaient très gonflés, toutefois sans être rouges. Au bout d'une huitaine de jours, les douleurs se dissipèrent et n'ont plus reparu. Depuis lors, elle a de la toux, avec expectoration spumeuse blanche, mais sans douleur à la poitrine, sans dyspnée, sans palpitations.

Symptômes a l'entrée. — On voit et on sent les battements du cœur dans les troisième, quatrième et cinquième espaces intercostaux, jusqu'à quatre bons centimètres au-dessous et au côté externe du mamelon. L'impulsion est forte mais ne s'accompagne d'aucun frémissement. La percussion cause une légère douleur. La matité cardiaque a augmenté, elle s'étend jusqu'au côté droit du sternum, mais ses limites précises n'ont pas été déterminées. Dans toute la région cardiaque, il existe un double bruit de friction, perceptible à l'oreille et comparable à un petit grattement, très distinct. Sur la poignée du sternum on entend un simple bruit de souffle, au premier temps. Le second bruit n'est pas perceptible. Pouls à 136, régulier, d'une force satisfaisante, et quelque peu saccadé. La poitrine se soulève régulièrement des deux côtés; la percussion est normale. La respiration est rude et sibilante au sommet du poumon droit; au sommet gauche, elle est normale. Postérieurement, la respiration est régulière. Elle a une légère toux avec expectoration un peu muqueuse. Elle ne se plaint pas de dyspnée, mais sa respiration est évidemment un peu accélérée. La langue est nette. Appétit assez mauvais; un peu de soif; selles régulières. Pas de mal de tête. Elle dort mal, mais elle est calme la nuit. Face gonflée; traits non inquiets; peau chaude et sèche; sueurs nocturnes fréquentes; point d'œdème aux membres. Les autres fonctions s'exécutent normalement. Prescr. *Appliquer huit sangsues sur la région précordiale, et donner* 0,01 *centigramme de tartrate d'antimoine en solution, toutes les trois heures.*

Marche de la maladie. — 1 *décembre.* Pouls moins dur. Supprimer l'antimoine. Prescr. *Calomel* 1 *gram.* 50 *centigram. Poudre de jacobi* 1 *gram.* 50 *centigram. Opium* 20 *centigram. Pulvériser ensemble et diviser en XII paquets. En prendre un toutes les quatre heures.* — 3 *décembre.* Les bruits de frottement ont sensiblement diminué. La matité cardiaque s'est visiblement étendue. L'urine est chargée d'urates. La toux continue. Presc. *Esprit d'éther nitrique* 12 *grammes. Acétate de potasse* 8 *grammes. Mixture de scille* 165 *grammes. M. En prendre une cuillerée à soupe toutes les quatre heures.* — 4 *décembre.* La matité cardiaque mesure

(1) Recueillie par le Dr David Christison, médecin résident et par M. James Walker, élève du service.

douze centimètres et demi transversalement; elle commence à un centimètre au côté externe du mamelon gauche, et s'étend au travers du sternum, jusqu'à quatre centimètres du mamelon droit. Actuellement, le frottement n'est plus perceptible que sur les limites de la matité du côté droit. On entend un léger bruit de souffle, synchronique avec le battement, sur un espace de cinq centimètres de diamètre, au-dessous du mamelon. A la base, on perçoit un bruit de souffle plus rude, lequel alterne avec le bruit plus doux du sommet. Il se prolonge dans la direction des grands vaisseaux, et est très perceptible sous le centre de la clavicule droite. Pouls à 120, mou et légèrement saccadé. Ni douleur, ni dyspnée. Les gencives ne sont point affectées par les poudres mercurielles, mais il y a des tranchées dans le ventre et de la diarrhée. — Prescr. *Cesser les poudres et appliquer un vésicatoire de* 8 × 10 *centimètres sur le sternum.* — 12 *décembre.* La matité est un peu diminuée. Le double frottement est derechef très distinct à la base du cœur. — 15 *décembre.* Matité sensiblement diminuée; frottement disparu. — 19 *décembre.* Actuellement, la matité ne mesure plus que sept centimètres et demi en travers. — 28 *décembre.* La malade est mieux, et prend régulièrement sa nourriture. La toux et l'expectoration ont presque disparu, et la rudesse de la respiration du côté droit a sensiblement diminué. La nuit dernière, sans cause apparente, elle a été prise de violentes palpitations, d'une sensation de suffocation et de froid par tout le corps; cela a duré une heure. *On administra un peu d'eau-de-vie et d'éther sulfurique; des cruchons d'eau chaude furent placés à ses pieds.* Aujourd'hui, elle est calme comme à l'ordinaire. L'impulsion cardiaque semble onduler entre la cinquième et la sixième côte. Le bruit de souffle à la pointe est plus rude et plus prolongé. Au-dessus du mamelon, et sur le côté du sternum, il existe un bruit de souffle superficiel, perçu aux deux temps. Il n'est plus perceptible sous la clavicule. Il n'y a pas encore de retrait de l'espace intercostal où se continue l'ondulation visible, entre la cinquième et la sixième côte. — 14 *janvier.* Depuis la dernière date, les accès de palpitations et de dyspnée sont revenus de temps en temps la nuit, et sans aucune cause positivement connue. La respiration puérile persiste du côté droit, tous les autres symptômes ont disparu. On perçoit maintenant, tant à la pointe qu'à la base, un bruit de souffle distinct, synchronique avec le battement, et occupant la période des deux bruits normaux. Le souffle de la base est plus rude et plus éclatant que celui de la pointe, il cesse subitement, quand on promène le stéthoscope sur les articulations qui joignent la cinquième et la sixième côte au sternum. Pouls à 128, mou. La malade s'agite pour un rien; quant au reste, rien de changé, elle dit qu'elle se sent mieux. *Donner* 60 *grammes de vin pour la journée.* — 18 *mars.* L'État général s'est beaucoup amélioré, et il s'est produit comparativement peu d'accès de palpitations et de dyspnée. Aujourd'hui, on perçoit distinctement le battement entre la sixième et la septième côte, un peu en dehors d'une ligne verticale passant par le mamelon. Sur ce point on entend un souffle double; celui correspondant au second bruit est un peu plus prolongé et un peu éloigné. Ce bruit augmente en intensité et en élévation, quand on promène le stéthoscope obliquement vers le haut, dans la direction du sternum, et il atteint son maximum au-dessus de l'articulation du troisième cartilage gauche avec sternum. A cet endroit, le bruit se prolonge et occupe la période des deux temps. Il cesse subitement quand le stéthoscope approche les clavicules des deux côtés, et on ne l'entend plus au-dessus des grands vaisseaux. Pouls à 120, suffisamment fort, saccadé; pas de battement veineux. — 14 *avril.* L'état de la malade ne s'est pas modifié, mais elle insiste pour quitter l'Infirmerie, et on la laisse partir.

Commentaire. — Voici un cas particulièrement intéressant de péricardite et d'endocardite : la première de ces affections se termina évidemment par des adhérences; la seconde subit une succession de changements

organiques, indiqués par des signes physiques, attentivement recueillis lors de chacun de nos examens. Il semble, d'après ces signes, qu'il s'était développé graduellement une hypertrophie considérable du ventricule gauche, dont le sommet descendait plus bas et vers le côté externe, en même temps que le pouls devenait de plus en plus saccadé. L'orifice aortique s'était vraisemblablement rétréci; circonstance curieuse à noter, le bruit de la base qui avait commencé par se prolonger vers le haut, en suivant les grands vaisseaux, s'est plus tard propagé vers le bas, dans la direction de la pointe, pour cesser subitement à une certaine limite déterminée. Il serait oiseux de discuter sur l'espèce de lésion organique qui, dans son évolution graduelle, finit par produire ce résultat; cependant, il est évident que l'aorte elle-même, au-dessus des valvules ne pouvait pas être affectée. Pendant un certain temps j'inclinai à croire que les valvules pulmonaires étaient atteintes, mais une observation attentive de toutes les circonstances me fait rejeter cette hypothèse. Au reste la pression de l'exsudat péricardique peut avoir produit le bruit de la base. Le bruit de souffle persistant de la pointe correspond à une insuffisance mitrale; affection qui n'a pas dû être aussi intense que l'affection aortique, vu que le bruit était toujours plus doux et pouvait toujours facilement se distinguer de celui de la base. En effet, la lésion mitrale semblait toujours stationnaire, tandis que l'affection aortique à la longue devint prédominante. J'ai appris que quelques semaines après son départ cette fille est morte, mais on ne put me donner de détail sur les circonstances. Il n'est pas douteux, après les longues et minutieuses observations dont elle avait été l'objet, qu'on eût pu retirer des enseignements précieux de l'autopsie. Les déceptions que les médecins n'éprouvent que trop souvent sous ce rapport, sont de nature, assurément, à favoriser la négligence, et doivent nécessairement tendre à affaiblir cette habitude d'observation attentive, si essentielle pour la solution des problèmes compliqués qui se présentent dans le diagnostic des affections du cœur.

La péricardite consiste dans une exsudation à l'intérieur de la poche du péricarde, la fibrine se coagule et s'attache aux parois de cette membrane, tandis que le sérosité s'accumule au centre. Bientôt la portion solide, ou la couche de lymphe, comme on l'appelle, prend une texture villeuse et devient vasculaire; en même temps, dans la plupart des cas, le liquide s'absorbe, et les deux fausses membranes s'unissent pour former un péricarde adhérent. Ces transformations sont décrites et figurées, t. I, pp. 230-231 (fig. 192 193). Ce résultat, néanmoins, peut être entravé de deux manières. 1° L'exsudation peut être petite en quantité et limitée en étendue; après sa transformation en tissu fibreux, elle se couvre d'une véritable membrane séreuse, et il ne se fait pas d'adhérence entre les surfaces opposées. C'est ainsi que se produisent sur le cœur ces taches blanches, si fréquemment observées dans les autopsies; les mêmes taches se rencontrent d'ailleurs fréquemment à la surface des autres membranes séreuses. 2° La quantité

Digitized by Google

d'exsudation peut être très considérable, la distension de la poche péricardique excessive, et de la sorte la transformation en villosités vasculaires absorbantes se trouver empêchée. Dans de telles circonstances, la masse liquide reste stationnaire, se transforme en pus, ou même s'accroît, par suite de l'épanchement hydropique consécutif à la compression des veines ; ainsi s'établit une péricardite chronique, ou péricardite avec épanchement (hydro-péricardite).

L'auscultation et la percussion sont les guides du médecin dans l'obser-

Fig. 470.

Fig. 471.

vation de la péricardite sur le sujet vivant. Grâce à elles, s'il est appelé dès le début, il pourra suivre la marche de l'affection dans tous ses degrés : l'exsudation naissante avec frôlement, le développement pyriforme graduel de la cavité du péricarde, avec ou sans frottement, l'absorption et la

Fig. 470. Péricarde flasque, contenant une petite quantité de liquide (Sibson).
Fig. 471. Péricarde distendu, pyriforme, dans la péricardite ordinaire (Sibson)

disparition de la sérosité, avec le retour du frottement, et l'adhérence finale des deux surfaces. Ainsi avons nous étudié minutieusement cette marche dans les observations CV et CVII. L'adhérence du péricarde, ou l'exsudation limitée à la face postérieure du cœur ne peuvent être constatées que bien rarement à l'aide des signes physiques. On admet que parfois un bruit péricardique peut ressembler à un bruit valvulaire, mais alors le premier est superficiel, souvent augmenté sous la pression du stéthoscope, non permanent, et susceptible de se modifier selon la position et le plus ou moins d'énergie des contractions cardiaques.

Pour ce qui concerne la percussion, on se rappellera que si la quantité de liquide est petite, par exemple de soixante à cent-vingt grammes, la poche péricardique n'est pas distendue, mais reste flasque. Le liquide se porte en bas, à l'extrémité inférieure, et présente l'aspect de la fig. 470. Dans les cas de péricardite aiguë générale, comme dans les obs. CIII et CVI, la quantité de liquide peut s'élever de trois cents à six cents grammes, et le péricarde distendu, devient pyriforme, à large extrémité située en bas, comme dans la fig. 471. Dans ces cas on peut déterminer par la percussion l'extension de l'affection, en haut, jusqu'à l'extrémité du sternum, en bas jusqu'au-dessous du cartilage xiphoïde. Elle peut dépasser la droite du sternum, d'une part, et la gauche du mamelon, d'autre part, en déplaçant plus ou moins les poumons, et en comprimant, particulièrement en arrière, le poumon gauche. Dans la péricardite chronique, ou hydro-péricardite, on a parfois trouvé plus d'un litre et demi de liquide dans la poche, mais alors la forme pyramidale de la péricardite aiguë disparait, pour affecter une forme globulaire, comme dans la fig. 472. Dans ce cas, le poumon gauche est fortement comprimé et refoulé tout-à-fait en arrière. Le foie et l'estomac se déplacent en même temps vers le bas à une grande distance, par suite de la descente du tendon central du diaphragme. De là, le gonflement épigastrique et la douleur occasionnée par la pression sur l'épigastre, qu'on observe chez certains sujets atteints de péricardite. L'accu-

Fig. 472.

Fig. 472. Distension excessive du péricarde, dans un cas de péricardite chronique ou hydro-péricardite (Sibson).

mulation de l'épanchement dans le péricarde ne déplace pas seulement les poumons, le foie et l'estomac, mais elle produit encore, spécialement chez les jeunes sujets, une proéminence de la portion inférieure du sternum et des cartilages costaux adjacents du côté gauche; en même temps s'élargissent aussi les espaces intercostaux du même côté. Si la poche séreuse est très distendue elle refoule en arrière et en haut la bifurcation de la trachée, et occasionne une dyspnée excessive. Dans ces circonstances on procure du soulagement au malade en le faisant asseoir et se pencher en avant sur son lit; cette position, on le comprend, diminue la pression sur la trachée, la gravitation entraînant le liquide vers le bas et les côtés. (Sibson). La compression de l'œsophage peut aussi occasionner plus ou moins de dysphagie.

Les symptômes fonctionnels, bien que pouvant faire soupçonner l'existence de la péricardite, ne sont jamais suffisants à eux seuls pour permettre de l'affirmer d'une manière absolue. Ils sont des plus variables, selon les cas, et me semblent dépendre plus de la susceptibilité générale du système nerveux que de toute autre chose. Bien plus, nous avons souvent constaté que les symptômes de douleur locale, de dyspnée et cœtera, manquent entièrement. Dans le cas de Camphell (Obs. CVI), n'avons-nous pas constaté le frottement le plus manifeste, alors que le sujet niait de la manière la plus formelle d'avoir jamais rien éprouvé d'anormal du côté du cœur? Cependant, à l'autopsie nous trouvâmes les deux feuillets du péricarde recouverts d'une lymphe molle et tomenteuse. Dans l'obs. CVII, l'autopsie est venue nous révéler l'adhérence du péricarde ayant produit une anasarque générale. et cependant le sujet n'avait jamais accusé un seul symptôme de nature à faire soupçonner une affection cardiaque. (Voir aussi obs. CIV). Ce fait important a été établi par beaucoup de médecins. — « La péricardite aiguë est souvent latente au point qu'on ne peut la découvrir que par des signes physiques. » (*Stokes*). « L'affection peut être absolument latente, depuis le commencement jusqu'à la fin. J'ai connu des malades qui avaient plusieurs onces de liquide et d'exsudats dans le péricarde, et qui se fâchaient bien à tort quand on leur posait des questions relativement à l'état de leur cœur. » (*Walshe*). Les cas de Douglas et de Young, que nous avons rapportés, prouvent surabondamment que la péricardite est une affection des plus sérieuses; les adhérences qui se forment embarrassent plus ou moins l'action du cœur, et surtout empêchent sa nutrition normale. Dans l'un de ces cas, elle produisit une hydropisie générale, et dans l'autre, la dégénérescence graisseuse du tissu du cœur.

On a beaucoup écrit sur les complications de la péricardite. Son association avec le rhumatisme aigu est si commune, que quelques auteurs ont divisé cette affection en rhumatismale et non rhumatismale. (*Ormerod, Markham.*) Les causes de cette association sont encore inconnues. Le Dr Taylor a cherché à établir une relation entre la péricardite et la maladie de Bright. Ainsi, sur 58 cas observés par lui, il en compte 20 survenus

pendant le cours d'un rhumatisme aigu, et 10 compliqués d'une affection des reins. Le hasard, sans doute, a voulu que dans aucune de mes observations de péricardite il n'y ait jamais eu de complication de maladie de Bright; et pourtant la première de ces affections est si commune à Edimbourg, qu'il n'est guère admissible, si réellement elle était la cause de la seconde, que cette relation ait échappé complètement à mon appréciation. Le Dr Christison dit aussi, dans son ouvrage *On Granular Degeneration of the Kidneys*, (p. 94), qu'on rencontre rarement la péricardite comme affection concomitante. On ne saurait d'ailleurs être trop circonspect, au sujet des causes et du traitement de la péricardite, dans ses prétendus rapports avec les états du sang auxquels on la croit associée. Les complications de pleurésie, de pneumonie et d'emphysème pulmonaire sont extrêmement à redouter, surtout eu égard à leurs effets ultérieurs sur le cœur lui-même, bien qu'ils puissent ne pas devenir immédiatement funestes (voir aussi obs. CXIII, CXIV et CXVI).

Le traitement de la péricardite, comme celui de toutes les autres formes d'inflammation aiguë, jusqu'à une époque fort récente, était avant tout antiphogistique; mais, pour les raisons développées ci-dessus (t. I, p. 399), on s'est affranchi de cette règle. L'obs. CIII montre comment, chez une personne d'une santé moyenne, l'affection traverse rapidement ses étapes naturelles. Mais, du moment qu'il y a dépression des forces vitales, il faut user des stimulants et des analeptiques, comme dans l'obs. CV. S'il y a douleur locale, l'application de quelques sangsues, ou mieux encore, de fomentations chaudes, ou d'un cataplasme chaud, la soulagera le plus souvent. Le repos du corps et de l'esprit fait partie essentielle du traitement. Chez les personnes jeunes particulièrement, il faut s'abstenir avec prudence des examens physiques inutiles. Si le principe de pratique établi plus haut (t. I, p. 399) est juste, à savoir qu'on ne peut pas couper court une véritable inflammation, et que le seul but d'une médecine et d'une pratique judicieuses est de la diriger vers une terminaison favorable, nous devons le voir se confirmer dans une affection du genre de la péricardite. Cette confirmation, me semble d'ailleurs évidente. Mettez en parallèle le traitement de Hope et celui de Stokes, et voyez la différence! Le premier énergique dans l'application des remèdes débilitants, le second circonspect et toujours en garde contre la précipitation. Bien que Stokes recommande la saignée, elle ne peut être pratiquée d'après lui qu'à une certaine période, dans une certaine mesure et dans des circonstances telles qu'elle n'ait pas de chances de nuire. Il va plus loin et montre comment, dans certaines conditions, « même une activité énergique du cœur, un pouls saccadé et un surcroît d'action des carotides n'indique pas nécessairement la suppression du vin » (1), et il observe que « l'omission du traitement antiphlogistique, encore si généralement appliqué dans la première période de l'inflammation, peut se faire sans grand

(1) Stokes, *On Diseases of the Heart*, etc., 1e édit., p. 89.

préjudice pour le malade » (1). Pour ma part, j'ai la conviction qu'en aucune circonstance le traitement antiphlogistique ne peut arrêter les progrès de la maladie, tandis que dans la grande majorité des cas, il nuit positivement, en affaiblissant les forces vitales si nécessaires pour permettre au malade de lutter contre son affection.

On a attribué aux mercuriaux la propriété spéciale, dans les cas de péricardite, de favoriser l'absorption non-seulement de la sérosité, mais de la lymphe organisée elle-même. Je les ai prescrits dans bien des cas, et j'en ai décrit deux tout au long (CIV et CVIII), mais jamais je n'ai eu l'occasion de constater qu'ils aient exercé la moindre influence sur la marche naturelle de cette affection. A cet égard, une analyse attentive de quarante cas de péricardite rhumatismale, relatés par feu le Dr John Taylor, permet de tirer la conclusion la plus positive. Voici, en effet, les résultats obtenus à la suite de l'administration du mercure poussée jusqu'à salivation : 1° Dans douze cas la salivation ne fut suivie d'aucun amendement de la péricardite. 2° Dans un cas une amélioration rapide succéda au ptyalisme. 3° Dans deux cas il fut suivi d'une diminution, puis de la disparition graduelle du bruit péricardique. 4° Dans un cas le bruit péricardique avait diminué depuis quelques jours auparavant, et il disparut bientôt après l'effet du ptyalisme. 5° Dans un cas la péricardite et la pneumonie gagnèrent en étendue et en intensité, après la salivation. 6° Chez quatre malades, la pneumonie survint après le ptyalisme, et par conséquent n'a pu être prévenue par lui. L'avait-il causée? 7° Dans trois cas une endocardite survint après le ptyalisme. 8° Six cas de péricardite suivirent à la suite de la salivation mercurielle. 9° Chez un malade il fut impossible de la déterminer, et pourtant la péricardite se termina favorablement. 10° Dans deux cas, le ptyalisme fut suivi d'une pleurésie étendue. 11° Dans un cas, il fut suivi d'érysipèle et d'inflammation du larynx. 12° Dans deux cas, le rhumatisme persista après le ptyalisme (2). Donc, sur quarante cas, quatre seulement seraient en faveur d'une amélioration due à l'intoxication hydrargyrique, et encore est-il bien permis de se demander s'il n'y a pas eu simple coïncidence. En effet, j'ai souvent observé dans les hôpitaux, que dans les cas où l'on prétend avoir administré le mercure avec le plus de succès, on a commencé à en user précisément à l'époque où, suivant la marche naturelle de l'affection, on pouvait s'attendre à la disparition du bruit de souffle ou de frottement.

Il me paraît impossible de concilier des faits si positifs avec l'opinion non moins catégorique de quelques médecins éminents sur les excellents effets du mercure dans la péricardite. « Si une personne, dit Graves, est atteinte d'une péricardite très aiguë, combien inefficaces demeureront nos efforts les mieux dirigés, s'ils ne sont pas secondés par une prompte mer-

(1) Stokes. *On Diseases of the Heart*, p. 14.
(2) *Brit. and For. Med. Review.*, vol. XXIV.

curialisation de l'économie! » Le cas de Stambroke (Obs. CIII) suffirait à lui seul pour répondre à cette assertion, sans mentionner les recherches de Louis, établissant qu'un cas sur six seulement est fatal, lorsque les sujets sont abandonnés entièrement à la nature.

On traitera donc la péricardite aiguë, conformément aux principes généraux développés plus haut. Pendant les symptômes fébriles aigus, des préparations salines et du repos; s'il y a douleur locale, quelques sangsues et des applications chaudes; en cas de surexcitation et de dyspnée, l'éther, la morphine, et, le plus tôt possible, l'alimentation et du vin, pour aider les transformations vitales par lesquelles l'exsudat devra passer, et dans le but d'en favoriser l'absorption. On évitera les purgatifs énergiques, et je ne suis nullement certain que les vésicatoires soient en aucune façon profitables. Mon expérience m'engage à souscrire à l'observation du Dr Markham, à savoir que « la péricardite rhumatismale est une inflammation qui s'attaque de préférence aux personnes de faible constitution, plutôt qu'aux gens robustes; qu'elle est beaucoup plus commune chez les personnes jeunes, délicates et faibles, que chez les personnes vigoureuses, de première jeunesse ou dans la période moyenne de la vie; que le degré d'inflammation, c'est-à-dire la réaction fébrile générale et l'exsudation locale, est aussi plus considérable chez elles, que chez les sujets robustes; et par conséquent que c'est dans cette catégorie de sujets que cette maladie est le plus fatale (1). »

AFFECTIONS VALVULAIRES DU COEUR.

Bien que les anatomo-pathologistes aient décrit un certain nombre de lésions diverses, de nature à entraîner un fonctionnement imparfait des valvules du cœur, je préfère les grouper toutes sous un seul chef. Que leur point de départ soit une rupture mécanique, une endocardite, des dépôts de fibrine, des excroissances morbides, ou toute autre cause, en pratique, elle se résument en un seul et même effet. L'affection consiste dans le fonctionnement imparfait des valvules, et la mission du médecin est de prévenir, autant que possible, les conséquences qui doivent vraisemblablement en résulter. Il doit se rappeler en même temps, — tout en profitant des sérieux efforts qui ont été faits pour établir le diagnostic physique de ces affections valvulaires sur leur véritable base, — que la perfection est loin d'être actuellement atteinte. Il faut encore des observations bien attentives pour éclaircir beaucoup de points douteux, et pour écarter les difficultés résultant des complications dans le mécanisme et dans les propriétés vitales d'un organe aussi important. C'est pourquoi, indépendamment des monographies admirables publiées sur ce sujet, des recherches assidues sont encore nécessaires, non-seulement pour confirmer les points déjà connus, mais encore pour déterminer avec précision

(1) Markham, *On Diseases of the Heart*, etc., p. 103.

les faits douteux et certains états morbides maintenant encore à peine reconnaissables. « Un temps viendra, dit Stokes, où la science du diagnostic sera poussée à un tel degré de perfection, que nous pourrons déterminer d'une manière infaillible, non-seulement les conditions de chaque partie du cœur, mais encore assister à la naissance de tout changement interstitiel dans sa structure, en suivre la marche, ainsi que celle de toute variation de sa vitalité (1). » Toutefois, c'est uniquement par une étude et une analyse attentives des cas individuels que nous parviendrons à ce but.

Obs. CIX (2). — *Rupture des valvules aortiques.*

Commémoratif. — Andrew Anderson, 32 ans, entré le 17 mai 1859, est un soldat, qui a fait la campagne de l'Inde avec Havelock, et a assisté à la dernière partie du siége de Lucknow. Le 16 juin 1858, ayant poursuivi l'ennemi et fait trente-deux milles à cheval, il éprouva des vertiges en descendant. Il se rendit immédiatement à sa tente et s'affaissa sur son lit. Le médecin du régiment l'examina immédiatement et lui dit qu'il devait quitter le service actif. Lui-même et les personnes qui l'entouraient, sans avoir besoin d'approcher l'oreille de sa poitrine, entendaient un bruit distinct accompagnant les mouvements du cœur. Depuis lors, il a cessé de faire partie du service actif, mais on ne l'a jamais prémuni contre le danger de se fatiguer. On le renvoya en Angleterre, et il arriva à Chatham le 25 mars; il fut congédié de l'armée le 27 avril dernier. Le bruit qu'il avait entendu dans le principe diminua graduellement, et sa santé n'a pas éprouvé d'autres dommages, si ce n'est qu'il a des vertiges quand il se livre à un exercice inaccoutumé.

Symptômes a l'entrée. — La pointe du cœur bat sous la jonction du septième cartilage gauche avec le cartilage xyphoïde. A la percussion, la matité transversale mesure dix centimètres et demi, et sa limite interne dépasse d'un bon centimètre la ligne mésiale, du côté droit. A l'auscultation de la pointe, le premier bruit est normal, et l'impulsion très forte, mais au second bruit, il existe une sorte de ronflement, bruyant et rude. On le perçoit sur toute la surface de la poitrine, mais il est plus distinct au-dessus du troisième cartilage costal du côté gauche, et sur une surface de la grandeur de la paume de la main s'étendant du côté droit. Le même bruit est perceptible dans tout le dos, mais très éloigné. Pouls à 88, régulier, plein et saccadé. Les autres fonctions sont normales. Le sujet se plaint de rêves fatigants, et quelquefois aussi de réveils en sursaut ; alors il se lève la nuit et respire précipitamment. Le bruit est très distinct sur le trajet de l'artère carotide droite. Le malade n'a pas voulu rester à l'hôpital. — *4 juillet* 1860. Il déclare que depuis six semaines il a éprouvé parfois une douleur cuisante vis-à-vis de l'insertion du troisième cartilage costal au sternum, du côté gauche. Il a aussi, durant l'hiver, ressenti des vertiges qui se sont représentés de temps en temps, surtout après un repas copieux. On se contenta de lui prescrire des cataplasmes chauds pour dissiper la douleur lorsqu'elle serait trop vive. Les signes physiques n'avaient pas varié.

Il mourut subitement à Glascow, en août 1862.

Commentaire. — Il n'est pas douteux que l'accident survenu à cet homme, et l'incapacité de travail qui en résulta, proviennent d'une rupture des valvules aortiques. Le bruissement au second temps, plus distinct à

(1) Markham, *On Diseases of the Heart*, p. 342.
(2) Recueillie par M. John Nicholson, élève du service.

la base du cœur, les vertiges, le pouls saccadé et l'hypertrophie de l'organe en sont autant de preuves concordantes. Nous avons eu deux cas semblables à l'Infirmerie, depuis lors : l'un était consécutif à une toux violente et l'autre à un coup de pied de cheval. Dans ces sortes d'accidents il n'y a rien à faire, si ce n'est de prémunir les individus contre les efforts brusques et prolongés, et d'écarter toutes les causes qui pourraient déterminer des affections des poumons.

Obs. CX (1). — *Insuffisance des valvules aortiques. — Hypertrophie avec dilatation du ventricule gauche. — Dilatation de la portion ascendante de la crosse de l'aorte. — Artérite chronique, avec poches anévrysmales.*

Commémoratif. — William M'Ritchie, 38 ans, chauffeur à bord d'un vaisseau de Newcastle, est entré le 4 janvier 1850, se plaignant de palpitations, de dyspnée et de toux. A cette époque on constata que la matité cardiaque avait une étendue inaccoutumée, et qu'il existait un bruit de souffle au second temps à la base du cœur. Il resta en traitement, dans l'établissement, jusqu'au 2 février, époque à laquelle tous les symptômes principaux s'étant dissipés, il fut renvoyé. Il rentra le 14 mars; les palpitations, la toux et la dyspnée étaient revenues, et avec elles un gonflement hydropique de l'abdomen et des extrémités inférieures.

Symptômes a l'entrée. — A la percussion, la matité cardiaque mesure dix centimètres transversalement. La pointe bat entre la sixième et la septième côte, au côté externe du mamelon. Les carotides et les artères sous-clavières battent violemment. Un bruit de soufflet, intense et prolongé est perçu au second temps, plus distinct à la base du cœur, et se propageant dans la direction des grosses artères. Le premier bruit a conservé son caractère normal. Pouls à 70, régulier, dur et saccadé. Respiration précipitée; toux et dyspnée violentes; inspiration rude; expiration prolongée; face livide; douleur et vertiges dans la tête; parfois perte de la vision; sommeil troublé; nausées et anorexie; abdomen considérablement gonflé par l'ascite; extrémités inférieures œdématiées; jambes froides.

Marche de la maladie. — Pendant le mois d'avril les symptômes persistèrent avec plus ou moins d'intermittence. En mai, il s'y joignit des accès de syncope, accompagnés d'angine et de palpitations. Au commencement de juin, on observa que le bruit de soufflet au second temps prenait un caractère plus rude, vis-à-vis de la crosse de l'aorte. Le malade se plaignait également de dysphagie et d'une sensation de pulsations dans la gorge, ce qui l'obligeait à tenir la tête dans une position particulière. Le 14, il eut un accès d'angine et de syncope des plus violents auquel il succomba au bout de dix minutes. Le traitement a consisté principalement en expectorants et en antispasmodiques divers; une potion entre autres, contenant dix gouttes de chloroforme et une cuillerée à café de teinture de cardamome composée, lui procura un grand soulagement. On lui appliqua aussi, à plusieurs reprises, quelques sangsues sur la région cardiaque.

Autopsie. — Quarante heures après la mort.

Thorax. — Le péricarde renferme environ cent grammes d'un liquide séreux. Il y a hypertrophie avec dilatation du ventricule gauche du cœur. Le cœur pèse 575 grammes, et son diamètre transversal mesure douze centimètres et demi. La valvule mitrale est intacte. Les valvules aortiques sont considérablement épaissies et recoquillées sur elles-mêmes en dedans. Immédiatement au-dessus d'elles, l'aorte est le siège d'une dilatation marquée, son calibre ayant un diamètre de cinq centi-

(1) Recueillie par M. Hugh M. Balfour, élève du service.

mètres et demi. Un filet d'eau versé dans l'aorte reflue dans le cœur, sans aucune espèce d'obstacle de la part des valvules sigmoïdes. A deux centimètres et demi au-dessous de l'origine de l'artère sous-clavière gauche, il existe une poche anévrysmale, du volume d'une noix, se projetant à plus d'un centimètre en dehors du contour général du vaisseau. Le tronc innominé et l'origine de l'artère carotide droite sont également le siége d'une légère dilatation; enfin, il existe encore une expansion anévrysmale de l'aorte vis-à-vis de l'artère mésentérique supérieure. L'aorte, l'artère coronaire et plusieurs des grands vaisseaux sont tapissés intérieurement de dépôts athéromateux. Les poumons sont emphysémateux à leur face antérieure, et œdématiés à leur sommet.

Tête. — Cerveau pâle; un peu d'épanchement sous-arachnoïdien; artères cérébrales légèrement athéromateuses.

Abdomen. — Les organes abdominaux n'offrent rien d'anormal.

Obs. CXI (1). — *Insuffisance des valvules aortiques. — Hypertrophie du ventricule et de l'oreillette gauches. — Rétrécissement et insuffisance de la valvule mitrale. — Pneumonie.*

Commémoratif. — Samuel Crawford, 42 ans, employé dans une fabrique de produits chimiques, entré le 10 juin 1850, est sujet, depuis quatre ou cinq ans, à des palpitations et à de la dyspnée, toutes les fois qu'il fait un exercice un peu extraordinaire. En février dernier, il dut abandonner son travail, à cause de ces symptômes, mais ils se dissipèrent au bout d'une quinzaine de jours de traitement. Il y a trois jours, ils ont de nouveau reparu. Depuis quatre ou cinq mois, il a aussi remarqué un certain gonflement aux pieds, aux jambes et à l'abdomen. Il n'a jamais eu de rhumatisme ni fait aucune maladie sérieuse.

Symptômes a l'entrée. — La matité cardiaque mesure huit forts centimètres transversalement. La pointe bat entre la sixième et la septième côte, à cinq centimètres au-dessous et à gauche du mamelon. Les artères carotides et sous-clavières battent violemment. A la pointe du cœur, on entend un bruit de soufflet aux deux temps. A la base, il existe un fort bruit de souffle prolongé accompagnant le second bruit normal, et qui se propage dans la direction des grands vaisseaux. Le premier bruit perçu à la base est extraordinairement court et voilé. Pouls régulier, fort et saccadé. Toux et dyspnée considérable. A la percussion, le poumon est sonore; en arrière et en bas il existe de fins râles humides. Le malade est sujet à des vertiges et éprouve une sensation d'évanouissement quand il fait une effort brusque. Il ne parvient à dormir que dans une position à demi-assise, en s'appuyant un peu sur le côté gauche. Œdème considérable des extrémités inférieures. Les autres fonctions s'exécutent comme à l'état normal.

Marche de la maladie. — La toux et la dyspnée persistent. Le 13 juin, l'urine devient rare et fortement colorée. — Le 17, la diarrhée se déclare. On entend des râles humides et des râles secs dans une étendue considérable de la poitrine, et il y a beaucoup de toux et d'expectoration. — Le 26, l'urine est redevenue abondante, mais il y a fièvre générale, suppression de la toux, dyspnée et expectoration mêlée de sang. Pouls à 108, plein et dur. On entend des râles crépitants et muqueux à la partie inférieure du poumon droit. — Le 28, l'œdème des extrémités a totalement disparu, mais il existe certainement de la pneumonie du côté droit. La nuit, on constate un certain état de subdelirium et le malade succombe le 29 au matin. Le premier jour, on lui tira 300 grammes de sang du bras, avec soulagement instantané, mais cela fut suivi d'insomnie et d'agitation nocturne. On lui prescrivit alors 180 grammes de vin par jour, et une potion contenant des expec-

(1) Recueillie par M. David Christison, élève du service.

torants et des diurétiques, avec de la teinture de digitale. On pratiqua aussi de temps en temps quelques soustractions sanguines locales, au moyen de sangsues. La rareté de l'urine et l'œdème disparurent avec l'emploi de la crème de tartre, à la dose de 4 grammes, trois fois par jour. Quand la pneumonie se déclara, on eut recours à des saignées locales au moyen de ventouses scarifiées, et à l'usage interne de tartrate d'antimoine. Le seul résultat de cette médication fut de diminuer la dypnée.

Autopsie. — Vingt-huit heures après la mort.

Thorax. — Le péricarde renferme 120 grammes de sérosité de couleur paille. Le cœur pèse 500 grammes. L'augmentation de volume provenait de l'hypertrophie des parois du ventricule et de l'oreillette gauches, et aussi de la dilatation du ventricule droit. Les valvules aortiques sont tapissées de nombreuses végétations verruqueuses. L'une des valvules est rompue, et ses bords déchirés sont hérissés de granules provenant d'une exsudation récente. Par suite de ces lésions, les valvules laissent passer avec la plus grande liberté, un filet d'eau versé dans l'aorte. La moitié de la valvule mitrale attenante à la paroi qui sépare les ventricules, est percé en deux endroits de trous d'un diamètre suffisant pour y introduire une plume de corbeau. Ces orifices sont bordés de végétations, formant un prolongement en forme d'entonnoir à la surface interne de la valvule ainsi transpercée. Diverses autres végétations garnissent la paroi opposée de la valvule et en bordent le contour. L'une des cordes tendineuses s'est rompue en travers à son point d'attache à la valvule, et le bout libre ou flottant est chargé d'une couche épaisse de végétations fibrineuses. L'aorte est normale. Le bas, le milieu et une portion du lobe supérieur du poumon sont épaissis, hépatisés, présentant un aspect gris-rougeâtre et fournissant un pus sanguinolent, quand on presse la surface de la coupe.

Abdomen. — Il ne renferme rien d'anormal.

Commentaire. — Les deux cas ci-dessus, exposés avec tous leurs détails, démontrent amplement, comment l'application exacte des règles énoncées plus haut, permet de déterminer la nature des lésions cardiaques. — En effet, vous vous rappelez que, dans chacun de ces cas, les lésions, telles qu'elles sont indiquées ici en tête des observations, avaient été constatées et signalées sans réserve, avant l'ouverture du cadavre. Dans l'obs. CX « on entendait un bruit de soufflet accompagnant le second bruit normal, plus distinct à la base du cœur, et se prolongeant dans la direction des grandes artères. » La règle 5 nous dit que cela indique une insuffisance de l'aorte, et nous l'avons vérifié à l'autopsie. Dans le cours de sa maladie, le sujet se plaignit de pulsations dans la gorge et de dysphagie; et il est digne de remarque qu'il y avait non-seulement un anévrysme commençant de la crosse de l'aorte, pour expliquer ces symptômes, mais encore qu'il existait une tendance à la formation d'anévrysmes dans d'autres portions du système artériel. Dans l'obs. CXI, le diagnostic, encore plus compliqué, et par là même plus difficile, put également se préciser en suivant attentivement les mêmes règles. Au-dessus de la pointe, on percevait un bruit de soufflet avec les deux bruits normaux. Or la règle 6 nous dit que c'est là l'indice d'une obstruction mitrale, avec insuffisance, et la lésion valvulaire constatée à l'autopsie nous en fournit la preuve : tandis que les végétations s'opposaient à l'occlusion convenable de l'orifice, quelques-unes d'entre-elles doivent également avoir mis obstacle au cours du sang

dans son passage de l'oreillette dans le ventricule. Mais il y avait également un bruit de soufflet au second temps, plus distinct à la base; et c'était, comme dans l'obs. CX, l'indice de l'insuffisance aortique. Une détermination minutieuse des signes cardiaques, et une appréciation exacte des faits dans le premier exemple, nous amenèrent, de concert avec les principes généralisés antérieurement, à une conclusion parfaitement exacte sur la nature de ce cas compliqué. On ne saurait trouver deux cas mieux faits pour démontrer toute l'importance des signes physiques au point de vue du diagnostic. La médication instituée chez le second malade est, selon mon expérience actuelle, beaucoup trop spoliatrice. En le repassant avec vingt années d'expérience de plus, j'observe qu'il confirme tout ce que j'ai établi plus haut concernant l'inutilité d'une pareille pratique. Le pouls dur de la pneumonie qui précipita la mort, avait évidemment pour cause l'affection aortique, absolument comme dans cet autre cas de péricardite (obs. CV) où nous avons constaté le même symptôme.

Obs. CXII (1). *Insuffisance de la valvule mitrale.*

Commémoratif. — Agnès Murray, 41 ans, est entrée le 16 juin 1850. Il y a dix-huit mois, sans cause connue, elle éprouva pour la première fois des palpitations et des douleurs dans la région cardiaque, et elles n'ont jamais cessé depuis. Elles étaient plus violentes à la suite des fatigues, et s'accompagnaient de dyspnée. Plus récemment elle a eu un gonflement œdémateux des jambes, de l'abdomen et de la face. Elle a éprouvé quatre attaques d'hémoptysie, dont la première remonte à dix-huit mois, et la dernière à trois mois.

Symptômes a l'entrée. — La matité cardiaque mesure cinq centimètres et demi transversalement. La pointe du cœur bat sous la sixième côte, sous le mamelon et un peu en dedans. Vis-à-vis de la pointe, on entend un bruit rude de soufflet dont l'intensité diminue dans la direction des gros vaisseaux. Pouls à 80, faible. Forte dyspnée et palpitations au moindre effort; parfois même vive douleur à la région cardiaque. Sonorité normale de la poitrine à la percussion. En arrière, sur le poumon droit, on perçoit de forts râles sibilants, tant à l'inspiration qu'à l'expiration. Expectoration abondante. Pas d'anasarque ni de symptômes cérébraux.

Marche de la maladie. — Sous l'influence de petites doses de digitaline, et de la crème de tartre, à la suite aussi de quelques applications de sangsues à la région cardiaque, une amélioration graduelle s'est manifestée. Les palpitations, la dyspnée et la bronchite se dissipèrent, et cette femme put être congédiée, le 16 juin, dans un état de santé relative très satisfaisant.

Obs. CXIII (2). — *Insuffisance de la valvule mitrale. — Hémorrhagie pulmonaire. — Hydrothorax.*

Commémoratif. — Robert Ross, 30 ans, fendeur de lattes, entré le 28 juin 1850, éprouvait depuis quelque temps déjà des palpitations. A plusieurs reprises il a même remarqué un léger gonflement des jambes, mais il est tombé sérieusement malade seulement depuis sept semaines. D'abord il fut pris de vomissements répétés, qui se prolongèrent pendant deux jours; plus tard, il eut un rhume, ce à quoi il

(1) Recueillie par le Mr Edmund S. Wason, élève du service.
(2) Recueillie par M. David Christison, élève du service.

était très sujet, et depuis, il a souffert d'une toux assez forte, de dyspnée, d'une sensation de serrement à la région supérieure de l'abdomen, et enfin d'un état de langueur générale.

Symptômes a l'entrée. — On ne peut préciser exactement la matité cardiaque. La pointe bat faiblement entre la cinquième et la sixième côte, cinq centimètres au-dessous du mamelon. Un bruit de soufflet s'entend au premier temps, à la pointe, mais beaucoup plus distinct à sept centimètres et demi plus à droite, près du sternum. Il est presque imperceptible à la base. Le second bruit est normal. Pouls à 100, petit et mou. Dyspnée et toux pénibles; expectoration visqueuse et mêlée de sang. Aucune matité à la percussion des poumons. On entend des râles sibilants, muqueux et crépitants dans toute la partie inférieure de la poitrine, aussi bien en avant qu'en arrière. Pas d'augmentation de la résonnance vocale. Légère teinte ictérique générale. Une percussion attentive du foie révèle dans son contour inférieur et à sa partie antérieure, une saillie à peu près du volume d'un œuf, située en face du pylore.

Marche de la maladie. — Le 3 *juin*, le malade eut plusieurs vomissements. Les extrémités inférieures devinrent œdémateuses, et du liquide s'accumula dans l'abdomen. A la percussion, la résonnance du poumon droit se trouva diminuée jusqu'à la hauteur de l'omoplate; il y avait légère augmentation de la résonnance vocale. — Le 8 *juin*, l'anasarque s'était généralisée. — Du 10 au 15, la dyspnée augmenta considérablement. Le malade expectora, à plusieurs reprises, des gorgées entières d'un sang vermeil. Plus tard, il ne pouvait plus rester couché que sur le côté gauche, et ce côté de la poitrine devint complétement mat à la percussion, avec absence de respiration. Cet homme était dans cet état lorsque ses amis vinrent le reprendre à l'Infirmerie. Des sangsues à l'épigastre, des potions avec du naphte et des calmants à l'intérieur, arrêtèrent les vomissements. Le traitement consista principalement en diurétiques, dans le but d'augmenter la sécrétion urinaire et de diminuer ainsi l'anasarque, Des pilules de plomb et d'opium lui furent aussi administrées, à l'effet d'arrêter l'hémoptysie.

Commentaire. — Les deux derniers cas contrastent notablement avec les deux précédents. Ici, on entendait le bruit de soufflet seulement au premier temps, distinct à la pointe, diminuant vers la base; or, la règle 4 nous dit que c'est là l'indice d'une insuffisance mitrale. Les symptômes concomitants confirment complétement ce diagnostic. Le pouls était faible, — les organes pulmonaires étaient affectés, tandis que les fonctions cérébrales restaient normales. Dans l'obs. CXII il y avait un bronchite qui diminua sous l'action d'un traitement convenable. Dans l'obs. CXIII il y avait également bronchite, mais elle offrait un caractère beaucoup plus général, et se compliquait d'un certain degré de collapsus du poumon droit. Il y avait aussi, vraisemblablement, épanchement de sang dans le tissu des deux poumons, comme l'indique l'hémoptysie; enfin l'hydropisie générale devenue prédominente envahit les cavités thoraciques, produisant ainsi un hydro-thorax du côté gauche. Cet homme était pour ainsi dire agonisant, lorsque ses amis insistèrent pour l'emporter; et je fus assez surpris d'apprendre qu'il avait encore traîné une quinzaine avant de succomber. On ne put obtenir l'autopsie.

Obs. CXIV (1). — *Insuffisance mitrale. — Hypertrophie du ventricule gauche. — Attaque de rhumatisme aigu, suivie d'insuffisance aortique.*

Commémoratif. — John Conolly, 49 ans, ajusteur, entré le 22 juin 1850, était sujet depuis plusieurs années à des douleurs et à du gonflement aux jointures. Il y a dix-huit mois il fut pris subitement de douleurs dans la région cardiaque, ne s'accompagnant pas de dyspnée, mais suivies d'une toux violente. On lui a fait une saignée copieuse et il a été soumis à un long traitement.

Symptômes a l'entrée. — La matité cardiaque mesure sept centimètres en travers. La pointe bat dans un creux entre le cartilage xiphoïde et le cartilage de la septième côte gauche. On entend un bruit de soufflet au premier temps, synchronique avec l'impulsion cardiaque, plus prononcé à la pointe et diminuant d'intensité à la base. Pouls à 74, plein et fort. Pas de toux, mais dyspnée considérable au moindre effort. La percussion et l'auscultation indiquent un léger emphysème pulmonaire à la face antérieure, mais pas de bronchite. Un peu de tintement d'oreilles, et parfois obscurcissement de la vue. Il y a une tache de *psoriasis figurata* de la largeur d'un gros sou, sur la joue droite et le côté du nez.

Marche de la maladie. — Le 1 *juillet*, il eut une attaque violente de rhumatisme dans les hanches, les genoux et les jointures des poignets, mais sous l'influence d'un traitement approprié tous les symptômes avaient disparu dès le 9. — Le 14, il fut pris d'une diarrhée, accompagnée d'un flux considérable de sang par l'anus. Ce flux continua à se produire, mais en moindre quantité, de temps en temps. — Le 22, un examen attentif révéla un changement dans les signes cardiaques. Le battement vis-à-vis de la pointe était plus prolongé, avec un murmure et un ébranlement profond. Le bruit de soufflet, synchronique avec le battement, avait cessé d'être perceptible, mais il s'en est produit un autre à la base, c'est-à-dire au second temps. On constate, à la vue et au toucher, une forte pulsation des artères carotides, sous-clavières et humérales, et un fort bruit, comparable à celui que fait la bouche en lançant une bouffée de fumée; ce bruit est synchronique avec la dilatation des vaisseaux. Cependant, la santé générale s'est considérablement améliorée ; les symptômes locaux et autres ont disparu, et le malade demande à quitter l'établissement le 24 juin. A son entrée, on lui avait prescrit de la digitaline, dans le but de diminuer le battement cardiaque et la douleur; il en prit pendant six jours, puis il fallut la suspendre à cause des nausées et de la faiblesse qu'elle occasionnait manifestement. La fièvre rhumatismale et l'arthrite furent combattues au moyen de préparations salines, de diaphorétiques et d'une saignée de 375 grammes. Enfin, les douleurs locales se dissipèrent promptement sous l'action de petits vésicatoires appliqués sur toutes les jointures affectées. La diarrhée et la perte de sang furent combattues avec des pilules de plomb et d'opium.

Commentaire. — Cette homme, à la suite de fréquentes attaques de rhumatisme, est arrivé à l'Infirmerie, souffrant d'hypertrophie du cœur avec insuffisance de la valvule mitrale. A cette époque, il n'avait pas de bronchite, mais il avait eu antérieurement une toux violente et une affection pulmonaire. Pendant son séjour à l'établissement, il eut une de ces attaques de rhumatisme. Un certain nombre de jointures se gonflèrent et devinrent extrêmement douloureuses. Cette affection fut traitée par une petite saignée générale, du tartre stibié à l'intérieur et des vésicatoires loco-dolenti. L'effet de cette attaque fut de donner naissance à une

(1) Recueillie par M. Charles Murchison, élève du service.

endocardite aiguë, laquelle, au lieu d'affecter l'orifice auriculo-ventriculaire primitivement malade, se fixa sur les valvules aortiques. La lésion, néanmoins, doit avoir été peu étendue, limitée probablement à quelques petites végétations sur les bords des valvules, car le murmure était doux, et l'insuffisance n'a jamais été au point d'occasionner de symptômes cérébraux ou autres. La pulsation des gros vaisseaux, néanmoins, se trouva considérablement augmentée, et il y a tout lieu de craindre que si cette insuffisance persiste (ce qui est très probable), l'aorte ainsi que la cavité du ventricule gauche se dilateront toutes deux.

Obs. CXV (1). — *Insuffisance mitrale. — Hypertrophie du ventricule gauche. Insuffisance et rétrécissement aortiques. — Angine de poitrine.*

Commémoratif. — Edward Monro, 41 ans, peintre, est entré le 24 juin 1850. Il y a deux ans, sans cause appréciable, il fut pris subitement d'angine de poitrine, c'est-à-dire d'une vive douleur au milieu du sternum, s'irradiant souvent dans le bras gauche, et s'accompagnant de violentes palpitations. Depuis lors, les accès ont encore augmenté de fréquence et d'intensité.

Symptômes à l'entrée. — La matité cardiaque, au-dessous du mamelon, mesure huit centimètres transversalement. La pointe du cœur ne bat d'une façon appréciable dans aucun endroit déterminé. Les contractions sont régulières. Un bruit de soufflet distinct est perçu à la fois avec le premier et avec le second bruit cardiaque, ceux-ci sont aussi distincts à la pointe qu'à la base. On les entend tous deux plus distinctement à la droite du sternum, vis-à-vis des second, troisième et quatrième cartilages costaux. On entend sur le trajet des artères carotides un fort bruit de souffle. Pouls à 74, régulier. Toux légère, avec expectoration. Les poumons sont sonores à la percussion ; à l'auscultation, on trouve le murmure d'inspiration plus fort et plus rude qu'à l'ordinaire, et l'expiration est légèrement prolongée. Le malade a expectoré fréquemment de petites quantités de sang très foncé ; il est pris d'une forte dyspnée au moindre effort, et a parfois de violentes attaques d'angine. Dyspepsie rebelle. Un peu d'obscurcissement de la vision et mouches volantes, mais sans aucun autre symptôme cérébral.

Marche de la maladie. — Les attaques d'angine se sont renouvelées quatre et cinq fois par jour. Elles occasionnent une vive angoisse, une transpiration abondante et un surcroît d'action du cœur, dont on entend les bruits plus forts et plus distincts. Il y a aussi parfois des nausées et des envies de vomir. — Le 8 *juin*, le malade eut un évanouissement dans lequel il resta cinq minutes. A cette époque le bruit perçu au second temps a pris un caractère de gémissement, on l'entend surtout distinctement à la pointe. On perçoit en outre un double bruit de soufflet, à la base. — 11 *juillet*. Toux et expectoration. On constate de légers râles humides sur la moitié inférieure gauche de la poitrine, aussi bien en avant qu'en arrière. Point de matité à la percussion, ni d'augmentation dans la résonnance vocale. — 15 *juillet*. Le malade n'a plus maintenant qu'une attaque d'angine par jour, et elle est moins grave. La toux et l'expectoration ont diminué. On perçoit toujours des râles muqueux à la partie inférieure du poumon gauche. On entend encore une sorte de gémissement au premier temps, à la pointe, et un double bruit de soufflet à la base, se prolongeant dans la direction des gros vaisseaux. Le malade fatigué du séjour de l'établissement demande à être congédié. Les attaques d'angine furent traités à l'aide de potions calmantes et antispasmodiques, contenant cinq

(1) Recueillie par M. Charles Murchison, élève du service.

gouttes de chloroforme à chaque dose. Plus tard, on les soulagea considérablement par les carminatifs, ainsi, trois gouttes d'essence d'anis et trois d'huile de cajeput, sur du sucre. Enfin, elles diminuèrent sensiblement, à la suite d'une soustraction de 180 grammes de sang à l'aide de ventouses scarifiées à la région cardiaque. La bronchite fut traitée par des calmants et des expectorants.

Commentaire. — Quand cet homme est entré à l'Infirmerie, il était bien difficile de déterminer en quel endroit on entendait le plus distinctement les deux bruits de soufflet. Un examen réitéré et attentif ne put découvrir si l'un d'eux ou tous deux devaient être rapportés à la pointe ou à la base, et, par suite, il nous fut impossible de déterminer, conformément aux règles établies plus haut, si la lésion était aortique ou mitrale, ou même affectait les deux orifices à la fois. Cette particularité tenait vraisemblablement à ce que les bruits anormaux, tout en ayant leur point de départ en deux endroits différents, se ressemblaient tellement que la diffusion du son était presque égale sur toute la région cardiaque. Cependant, l'affection progressant, les bruits subirent bientôt des modifications telles qu'ils ne nous laissèrent aucun doute. Le bruit au premier temps vis-à-vis de la pointe prit un ton de gémissement, et se distingua nettement du double bruit de soufflet qui persistait clairement à la base. Le premier, conformément aux règles établies, devait provenir de l'insuffisance mitrale; tandis que le dernier devait correspondre à une insuffisance et à un rétrécissement de l'orifice aortique. Cette homme souffrait de quelques symptômes légers du côté des poumons et du cerveau. Toutefois il se plaignait principalement de l'angine, dont les crises étaient très violentes, et lui causaient une angoisse tellement douloureuse, que tout son corps était baigné de sueurs. Cette affection, de son côté, paraissait se rattacher à un état de dyspepsie bien constaté. Il avait ses accès au plus fort, quand des gaz s'accumulaient dans l'estomac, de façon à distendre cet organe et à refouler le cœur supérieurement. Aussi, les carminatifs amenaient-ils du soulagement, en provoquant le dégagement de ces gaz. Enfin, à la suite des saignées locales, de l'amendement général de la santé, mais spécialement après la disparition des symptômes de dyspepsie, l'angine diminua beaucoup d'intensité.

Ces deux dernières observations nous montrent combien il est important d'examiner avec le plus grand soin les signes cardiaques, de temps en temps, à mesure que l'affection progresse, et de surveiller les modifications qui se produisent. Quand il y a doute, ou de trop grandes difficultés, c'est le seul moyen de s'éclairer. Dans de telles circonstances, ne formulez jamais une opinion définitive, mais continuez à observer, jusqu'à ce que les signes deviennent permanents et sans équivoque possible. Cet avis, vous le reconnaîtrez, est plus utile encore dans la pratique particulière que dans celle des hôpitaux, et cela pour des raisons dont nous aurons l'occasion de nous entretenir plus loin. Au reste, un examen réitéré n'est pas seulement utile pour éclaircir les points difficiles du diagnostic, il contribue également à révéler au pathologiste les changements survenus dans les parties affectées. Le cas suivant nous en fournit encore un exemple instructif.

Obs. CXVI (1). — *Insuffisance des valvules aortiques, avec murmure musical. Hypertrophie avec dilatation du ventricule gauche. — Pneumonie. — Hémorhagie pulmonaire.*

Commémoratif. — William Caird, 29 ans, ouvrier, entré le 30 mai 1850, éprouva, pour la première fois, il y a cinq mois, une difficulté extraordinaire à respirer et des palpitations à la suite de quelque effort. Il continua à travailler, jusqu'il y a deux mois; étant alors employé à soulever de grosses pierres, il fut pris subitement de douleur dans la région cardiaque, d'une toux violente et d'hémoptysie. Il entra à l'Infirmerie de Glascow, et en sortit notablement soulagé, au bout d'une quinzaine de jours. Depuis lors, il resta sujet à des vertiges, à de la dyspnée et à des palpitations; il a encore craché du sang à plusieurs reprises.

Symptômes a l'entrée. — La matité cardiaque mesure neuf centimètres et demi en travers. La pointe de cœur bat entre la sixième et la septième côte, à sept centimètres et demi au-dessous et un peu à gauche du mamelon. On entend un bruit de souffle au second temps, plus distinct à la base, et se prolongeant dans la direction des gros vaisseaux. Le premier bruit du cœur est normal. Pouls à 92, fort et régulier. Le malade éprouve une douleur cuisante à la région cardiaque, s'étendant jusqu'à l'épigastre. Il est pris d'une forte dyspnée et de palpitations au moindre effort. Légère toux avec de fins râles humides dans les deux poumons, notamment à la base et en arrière. Parfois des vertiges.

Marche de la maladie. — La douleur à la région cardiaque et à l'épigastre a été, dans tout le cours de la maladie, la source principale des plaintes du sujet, cependant la dyspnée et les palpitations furent quelquefois très pénibles. Il eut aussi de temps à autre des vomissements. — Le 12 *juillet*, on observa que le bruit de soufflet se transformait en une sorte de gémissement, et le 15, il avait pris un caractère musical distinct, comparable au gazouillement d'un petit oiseau. — *Le* 17, les contractions du cœur devinrent tumultueuses, et les vomissements très pénibles. — *Le* 23, le malade eut une hémoptysie considérable; il rejetait le sang à pleines gorgées. — *Le* 24, on constata de la matité à la percussion sur toute la région inférieure de la poitrine, et on entendit une crépitation distincte avec augmentation de la résonnance vocale. Une percussion attentive donnait pour la matité cardiaque douze centimètres et demi transversalement. Les vomissements et l'hémoptysie résistèrent à tous les remèdes. Pouls à 100, mou. Cependant l'affaiblissement faisait des progrès. L'urine devint rare et il se manifesta de l'œdème aux pieds. Sur les derniers jours, le malade tombait chaque nuit dans un état de subdelirium. Il mourut le 29. D'abord, il avait éprouvé du soulagement aux douleurs cardiaque et épigastrique, à la suite de petites saignées locales, au moyen de sangsues et de ventouses. On appliqua aussi des vésicatoires. On usa de tous les remèdes possibles pour combattre les vomissements, mais avec peu de succès. On employa les antispasmodiques pour soulager la dyspnée; et en dernier lieu, comme le pouls s'affaiblissait de plus en plus, on administra largement du vin et des stimulants.

Autopsie. — Trente heures après la mort.

Thorax. — Le cœur, considérablement hypertrophié, pèse 775 grammes. Cette hypertrophie affecte presque exclusivement le ventricule gauche lequel est également dilaté. Si l'on verse de l'eau dans la crosse de l'aorte, on voit cette eau pénétrer dans le ventricule gauche, après avoir franchi rapidement les valvules sigmoïdes. Ces valvules sont épaissies et raccourcies; leurs bords raccornis et indurés ont deux millimètres et demi d'épaisseur. Deux d'entre elles se sont sou-

(1) Recueillie par M. David Christison, élève du service.

dées ensemble de manière à n'en plus former qu'une seule ; l'unique vestige de leur séparation consiste dans un nodule induré, à la base de la valvule élargie. La valvule isolée présente sur son bord une excroissance verruqueuse du volume d'une fève de café, de consistance molle, constituée par un exsudat récent et infiltrée de sang, qui lui donne une couleur pourpre. Il existe une hépatisation rouge à la partie postérieure et inférieure des deux poumons, et dans l'un deux, au voisinage de cette partie enflammée, se trouve une extravasation apoplectique considérable. Les bronches sont remplies d'un mucus spumeux.

Abdomen. — Le foie présente cet aspect particulier que l'on a comparé à la noix muscade ; il est atteint de cirrhose au premier degré. Les autres organes n'offrent rien à noter.

Commentaire. — Nous eûmes très peu de difficultés, grâce aux signes cardiaques, et en nous en rapportant aux règles établies, à reconnaître une insuffisance des valvules aortiques, avec dilatation hypertrophique du ventricule gauche. Le bruit de soufflet, primitivement doux, changea graduellement de caractère, à mesure du développement de la maladie, mais sans altérer sa position. Il se changea d'abord en une sorte de miaulement et plus tard de gazouillement, constituant ce qu'on appelle un bruit musical. On a constaté généralement dans les cas de ce genre, qu'un corps solide s'interpose dans le courant sanguin au moment où il traverse la valvule, de façon à entrer en vibrations ; aussi fut-il bien intéressant pour nous de constater à l'autopsie que la végétation décrite plus haut, remplissait exactement ces conditions. Eu égard, à son état de mollesse, néanmoins, il y a tout lieu de supposer qu'elle était de formation récente, datant probablement de l'époque où l'on constata la première fois le bruit musical. A voir la grande dureté des valves aortiques, il reste fort peu de doute qu'elles n'aient été affectées depuis très longtemps, au moins plusieurs mois. Reste ensuite la question de savoir si l'adhérence des deux valvules et leur transformation en une seule ne peuvent pas avoir eu pour cause la rupture de l'une d'elles, deux mois auparavant, à l'époque où le sujet eut à remuer de lourdes pierres et où il fut pris soudainement de douleurs cardiaques et des autres symptômes dont il se plaignit. Une autre circonstance sur laquelle j'appelle votre attention, c'est la coïcidence des symptômes cérébraux avec les lésions du côté des poumons et le passage de la bronchite à la pneumonie avec hémorrhagie pulmonaire.

Obs. CXVII (1). — *Insuffisance mitrale. — Hypertrophie du ventricule gauche. — Dilatation et affection de la crosse de l'aorte. Insuffisance aortique.*

Commémoratif. — Hugh Devine, 40 ans, ouvrier, entré le 17 juin 1850, fait remonter sa maladie à un violent tour de reins qu'il s'est donné il y a dix-huit mois. Il ne peut néanmoins déterminer quand il a éprouvé pour la première fois de la dyspnée et des palpitations, accidents qui l'ont empêché de travailler depuis huit mois. Il n'a jamais eu ni rhumatisme ni hémoptysie.

Symptômes a l'entrée. — La matité cardiaque mesure sept centimètres transver-

(1) Recueillie par M. David Christison, élève du service.

salement. La pointe bat entre la cinquième et la sixième côte, cinq centimètres au-dessous et un peu à la droite du mamelon. On entend, à la pointe, un bruit de soufflet accompagnant le premier temps et perdant de son intensité en se rapprochant de la base. Un second bruit de soufflet mais plus rude, s'entend aussi avec le premier bruit cardiaque, à la base, et se prolonge dans la direction des gros vaisseaux. Le second bruit cardiaque est normal. On voit des pulsations distinctes sous les clavicules, mais pas au-dessus du sternum. Pouls à 104, régulier, plein et saccadé. Pas de toux, ni de symptômes pulmonaires, à l'exception de la dyspnée après chaque effort. Douleurs fréquentes dans la partie supérieure de la tête et à travers les tempes ; obscurcissements passagers de la vision. La glande thyroïde est un peu hypertrophiée.

Marche de la maladie. — Depuis l'entrée du malade à l'Infirmerie, les symptômes ont notablement diminué. La dyspnée, les palpitations et la céphalalgie ont presque disparu. Les signes cardiaques, également, ont subi un changement considérable. — Le 16 *août*, on notait encore un bruit de soufflet au premier temps, distinct surtout à la pointe. A deux centimètres et demi au-dessus et en dedans du mamelon, un fort bruit de rape accompagne le premier temps, suivi d'un souffle doux au second temps. Une impulsion inusitée se propage, dans la direction de l'aorte, et avec cela un bruit de soufflet qui se prolonge vers les carotides. Sorti le 12 septembre.

Commentaire. — Cet homme fut examiné avec le plus grand soin, et on s'assura qu'il présentait des signes cardiaques rarement associés ensemble. Entre autres, il y avait un bruit de soufflet distinct, intense à la pointe et diminuant vers la base, ce qui, conformément aux règles établies, indique une insuffisance mitrale. A l'endroit des valvules aortiques, en outre, et se propageant le long de la crosse de l'aorte, il y avait un bruit de soufflet très rude se faisant entendre également au premier temps. Eh bien, la règle 7 nous dit que cela peut dépendre de trois circonstances : « 1° d'une altération de composition du sang, comme dans l'anémie ; 2° d'une dilatation ou d'une affection de l'aorte elle-même ; 3° d'un rétrécissement de l'orifice aortique, se compliquant presque toujours d'une insuffisance, et alors le bruit est double. » Il est clair que le premier et le troisième cas ne sont pas applicables à notre malade ; aussi en arrivai-je à cette conclusion, qu'indépendamment de la régurgitation mitrale, nous avions affaire à une affection de l'aorte avec dilatation, la première de ces lésions étant indiquée par le surcroît d'impulsion, et la seconde par le bruit rude. Enfin, un peu avant le départ de cet homme, ce bruit rude aortique était devenu un véritable bruit de rape ; en outre, un bruit de souffle doux accompagnait aussi le second temps, de sorte que la dilatation de l'aorte commençait probablement à se compliquer d'une insuffisance des valvules sigmoïdes.

Digitized by Google

Obs. CXVIII (1). — *Rétrécissement considérable de l'orifice mitral. — Dyspnée, palpitations, toux et hémoptysie. — Fort bruit présystolique (ou diastolique mitral). — Mort à la suite d'avortement. — Dilatation des deux oreillettes et du ventricule droit. — Atrophie des parois du ventricule gauche.*

Commémoratif. — Ann Laurie, 19 ans, servante, entrée le 2 mai 1859, dit qu'elle a toujours joui d'une bonne santé, jusqu'il y a quatre ans. Vers cette époque, elle s'aperçut pour la première fois, de gêne de respiration à la suite d'exercice un peu fatigant. Six mois plus tard, cette gêne devint plus intense, et elle éprouvait de violentes palpitations de cœur quand elle travaillait. Survinrent alors de la toux et des crachements de sang, ce qui la força de venir à l'Infirmerie, d'où elle sortit au bout d'un mois, à peu près rétablie. Les mêmes symptômes se reproduisirent, il y a dix-huit mois, et la forcèrent de rentrer à l'Infirmerie, où elle se rétablit assez rapidement. Elle continuait à se porter passablement, lorsque la semaine dernière, reparurent une toux violente et le crachement de sang, symptômes qui persistent encore en ce moment.

Symptômes a l'entrée. — Forte dyspnée, toux fréquente, expectoration spumeuse abondante, entremêlée de gorgées de sang pur. Pouls à 96, faible. La malade se plaint de palpitations excessives. La contraction du cœur est énergique; le battement se produit entre la cinquième et la sixième côte, à deux centimètres et demi perpendiculairement au-dessous du mamelon. A l'auscultation, on entend, à la pointe, un fort bruit présystolique. Râles secs et humides, avec expiration prolongée dans toute l'étendue de la poitrine. Face anxieuse, sueur visqueuse sur la peau. Cette fille conserve encore un certain embonpoint. Pas d'appétit. Soif intense. Diarrhée, tranchées de ventre et 6 à 7 selles par jour. Elle tressaute pendant son sommeil et rêve beaucoup. Autres fonctions normales. *Donner, trois fois par jour, deux cuillerées à soupe de la mixture de craie et de cachou. Tranquillité et repos au lit.*

Marche de la maladie. — 4 *mai*. La diarrhée a cessé et les autres symptômes se sont amendés. Un examen attentif donne six bons centimètres pour la matité transversale du cœur. Il existe un bruit de souffle rude et prolongé, occupant la période des deux bruits normaux, et se terminant soudain par un choc, immédiatement avant le grand silence. Le second bruit croît également en intensité depuis son commencement jusqu'à sa terminaison au moment de la systole. Il est surtout prononcé immédiatement au-dessous du mamelon, et sur un espace d'environ quatre centimètres carrés au côté externe. En face du sternum, il reste toujours perceptible, mais paraît éloigné. A la base du cœur on entend le second bruit parfaitement normal. — 6 *mai*. L'hémoptysie et la dyspnée ont cessé. La toux, l'expectoration et les autres symptômes ont considérablement diminué. — 18 *juin*. L'état général a continué à s'amender et la santé est redevenue relativement bonne; les symptômes bronchiques ont disparu, seulement l'expiration reste rude et prolongée. Les bruits cardiaques sont les mêmes. Aujourd'hui, la malade s'est plaint de douleurs rhumatismales en divers endroits du corps; cette nouvelle complication tient à ce qu'elle s'est exposée inutilement aux courants d'air dans les corridors de l'établissement. L'invasion du mal s'est annoncée la nuit dernière par des frissons, suivis de symptômes fébriles. Actuellement elle accuse de la douleur dans la poitrine, de la dyspnée, de la céphalalgie, et il y a surexcitation de l'action du cœur. Saignée de 125 grammes. — 19 *juin*. La saignée a calmé considérablement les douleurs de la tête et de la poitrine, ainsi que la dyspnée. Les douleurs rhumatis-

(1) Recueillie par MM Wm Willis et J, Broster, élèves du service.

males ont pour siége les articulations des membres inférieurs, lesquelles, néanmoins, ne sont pas gonflées. *Fomentations chaudes sur les parties affectées.* — 28 *juin.* Les douleurs rhumatismales ont disparu pendant quatre jours, mais ce matin l'hémoptysie est revenue. — 4 *juillet.* Elle n'a plus eu d'hémoptysie depuis le 2. — 3 *août.* Depuis un mois, la santé générale a fait des progrès notables, au point que notre malade s'occupe tout le jour à assister l'infirmière dans la salle. Il lui revient encore de temps en temps des palpitations. On la congédie avec des recommandations expresses relativement aux précautions qu'elle doit prendre pour se maintenir en santé.

Le 13 *février* 1860, cette personne est rentrée à l'infirmerie. Elle n'avait cessé de jouir d'une excellente santé, depuis son départ de l'établissement, et il y a deux mois elle se maria. Trois semaines après, à l'occasion de réparations que l'on dût faire à sa maison, elle se trouva exposée, durant une nuit orageuse, à la pluie et au vent qui entraient sans obstacle dans la chambre, et elle fut saisie d'un froid violent, suivi du retour des plus graves symptômes. Aujourd'hui, elle présente de la fièvre, une bronchite avec forte dyspnée, mais pas d'hémoptysie, des palpitations cardiaques et le bruit présystolique aussi distinct que toujours. Pouls à 90, modérément fort. *Pr. Esprit d'éther chlorique* 12 *gram.; Teinture de cardamome composée* 15 *gram.; Eau* 95 *gram. M. A prendre par cuillerée, au besoin.* — 5 *mars.* Les symptômes aigus s'étaient dissipés depuis quelque temps, mais une légère hémoptysie s'est produite aujourd'hui. Il peut être à propos de noter que les règles sont supprimées depuis deux mois. — 21 *avril.* La santé générale s'était maintenue dans de bonnes conditions malgré le retour, de loin en loin, de quelques légères hémoptysies, lorsqu'aujourd'hui, la malade rejeta tout à coup plus d'un demi litre de sang. *On prescrivit de garder le lit et de sucer de temps en temps un morceau de glace.* — 30 *avril.* L'hémoptysie a cessé et, de nouveau, la malade se trouve bien. Les signes cardiaques n'ont pas varié. — 5 *mai.* La nuit dernière, notre malade mit au monde un fœtus de quatre mois, et mourut immédiatement après.

Autopsie. — Seize heures après la mort.

Thorax. — Le côté droit du cœur offre un développement considérable surtout vers la pointe. Les deux oreillettes ainsi que le ventricule droit sont dilatés et hypertrophiés. L'orifice mitral est arrondi et rétréci au point de ne plus permettre l'introduction du bout du petit doigt. Les cordes tendineuses des valvules sont soudées ensemble et raccourcies. L'aorte a un calibre plus étroit que l'artère pulmonaire, mais celle-ci est un peu dilatée. Les valvules aortiques sont intactes. Le cœur pèse 330 grammes. Les plèvres offrent de petites adhérences des deux côtés. Les poumons ne présentent aucune trace d'hémorrhagie récente, seulement, le lobe inférieur du poumon gauche est ferme et plus crépitant; sur les coupes qu'on y pratique, la pression des doigts fait suinter un liquide rosé, probablement le reliquat d'un ancien foyer hémorrhagique.

Abdomen. — Les organes abdominaux sont intacts. L'utérus est développé et flasque; le col présente un aspect ecchymosé.

Commentaire. — Le murmure présystolique perçu chez cette jeune fille avait une intensité peu commune; c'était un son brusque dont la force allait croissant jusqu'à ce qu'il s'arrêtât subitement par une sorte de choc ou de secousse synchronique avec la systole. Il occupait exactement la période des deux bruits cardiaques, dont il masquait entièrement le second à la pointe. A la base, ce dernier s'entendait clairement, à la suite de l'impulsion, tout-à-fait comme dans l'état normal. On ne

percevait donc à la pointe qu'un son prolongé et une pause, tous deux d'égale longueur et séparés l'un de l'autre par une systole brusque. Les symptômes principaux furent les palpitations et la dyspnée occasionnées par le moindre exercice fatigant, une tendance à la bronchite à l'occasion du moindre refroidissement, enfin l'hémoptysie. Il est fortement à présumer que le rhumatisme avait été le point de départ de la lésion cardiaque, attendu que cette fille était fortement prédisposée à cette affection et en avait même subi une attaque assez vive dans nos salles. C'était néanmoins une fille bien bâtie et d'ailleurs de bonne constitution, chez laquelle l'appétit était généralement bon et la nutrition ne laissait rien à désirer. Le long séjour qu'elle fit à l'Infirmerie fournit à ceux qui voulurent suivre son cas, une excellente occasion d'étudier les modifications des signes physiques et des symptômes qu'elle présentait; ils ont constaté combien le repos, les précautions contre le froid et un bon régime ont toujours exercé d'influence sur le rétablissement de sa santé. Notre thérapeutique se réduisit à peu de chose. Une seule fois, j'ordonnai une petite saignée dans le but d'alléger les palpitations et l'état de forte congestion des poumons. Ce moyen nous a réussi parfaitement; au reste, c'est là, comme je le disais en 1857, alors que je m'élevais contre les larges saignées dans le traitement de la pneumonie, une ressource très précieuse qu'il faut conserver dans la pratique. Le rétrécissement de l'orifice mitral, chez notre malade, n'a jamais été douteux pour nous; mais combien de temps aurait-elle pu vivre encore, si elle ne fût devenue enceinte? c'est ce qu'il est assurément difficile de préciser. La grossesse, en développant l'uterus et, partant, en apportant une nouvelle gêne à la circulation pulmonaire, ne pouvait tarder de produire de graves résultats. Cependant, survint l'avortement dans le cours du quatrième mois, et, quoique les douleurs n'aient pas duré au-delà d'une heure, le travail occasionna un tel affaissement qu'il en est résulté une syncope mortelle. A l'autopsie, nous avons pu constater des effets assez ordinaires à la suite du rétrécissement excessif de l'orifice mitral, à savoir, une diminution de volume et d'épaisseur du ventricule gauche, sans altération de l'aorte ni des valvules sigmoïdes, tandis que les trois autres cavités, ainsi que l'artère pulmonaire sont le siége de dilatation. L'explication de cette dernière est facile, en présence de l'obstacle à la circulation dans le poumon et surtout à l'orifice mitral rétréci; quant au ventricule gauche, il n'a pas de raison de se modifier, à moins que, ayant moins de travail à fournir, il ne devienne plus petit et s'atrophie, comme chez notre malade. Le Dr Jenner a signalé, dans ces cas, une certaine congestion dans le tissu musculaire du cœur, par suite de la pression subie par les veines, congestion qui, selon lui, entraîne une induration particulière et une sorte d'empâtement des parois hypertrophiées (1). Le bruit brusque perçu avant la systole ne laissait guère de doute possible sur sa cause, il devait se produire au moment du

(1) *Medico-Chir. Trans. of London*, vol. XLIII.

passage du sang de l'oreillette à travers un orifice rétréci. Quant au ventricule gauche, il doit avoir continué longtemps à fonctionner à son état normal, car nous avons pu noter que le pouls a toujours conservé assez de force, n'a jamais offert d'irrégularité et rarement de la faiblesse, comme c'est l'ordinaire dans l'insuffisance. Finalement, les parois du ventricule se sont pourtant amincies, montrant que l'extrême contraction de l'orifice mitral agissait non seulement comme eût fait une valvule parfaite, mais devait occasionner une moindre tension interne, et partant diminuer le besoin d'un effort énergique, d'où enfin atrophie par défaut d'activité des parois musculaires du ventricule. Les cas de rétrécissement de l'orifice mitral avec murmure présystolique ne sont pas absolument rares à notre clinique; au reste, c'est loin d'être une rareté pathologique comme le pensait Latham; cependant, je n'avais jamais vu cette affection poussée aussi loin avant d'entraîner la mort. Selon Skoda, le second bruit, à l'artère pulmonaire, prend souvent plus d'intensité, dans cette affection, par suite du surcroît de force et de tension exercées sur ses valvules sigmoïdes. Nul doute, que dans ces cas, le second bruit n'acquière un éclat inusité, mais il n'en est pas moins impossible de séparer le bruit des valvules pulmonaires de celui des valvules aortiques.

Obs. CXIX (1). — *Rétrécissement des orifices mitral et tricuspide. — Insuffisance aortique. — Anasarque. — Hydrothorax. — Collapsus du poumon gauche. — Maladie de Bright.*

Commémoratif. — Élisabeth King, âgée de 26 ans, est entrée à l'Infirmerie, le 20 juillet 1853. Deux ans auparavant, elle eut une attaque de rhumatisme aigu pour lequel elle vint à l'hôpital. Elle sortit guérie au bout de six semaines, mais pour ne pas tarder à être prise d'une anasarque générale, ce qui l'obligea, au mois de novembre de la même année (1853), de rentrer à l'Infirmerie. On la plaça dans les salles de la clinique, où elle fut traitée pour une pneumonie double. On lui reconnut alors une insuffisance mitrale. Cependant, elle ne fut en état d'être congédiée que vers la mi-février de 1854. Son état était notablement amélioré, mais elle ne recouvra jamais entièrement ses forces. Il y a trois mois, ses jambes, puis son ventre commencèrent à s'enfler; en même temps se manifestaient de petites douleurs passagères dans les reins et une vive souffrance à la région hypogastrique, en rapport avec le développement abdominal. Cette douleur, ainsi que le gonflement se sont accrus peu à peu, et depuis dix jours la malade est forcée de garder le lit.

Symptômes a l'entrée. — L'impulsion cardiaque est faible, le battement de la pointe n'est pas sensible. La matité mesure transversalement huit centimètres et demi. A l'endroit où la pointe vient battre normalement, on perçoit un double bruit de souffle; ce même bruit est perceptible jusque sous la clavicule, mais en diminuant d'intensité de bas en haut. Pouls à 86, petit et faible. Palpitations, vertiges, toux légère, expectoration muco-purulente; dyspnée au moindre effort, parfois même orthopnée la nuit. Face tant soit peu livide, même avec une légère teinte jaunâtre; il y a également des taches de rousseur, mais elles sont anciennes. Soif intense et peu d'appétit; constipation; urines rares, nuancées d'orange, offrant

(1) Recueillie par M. D. M'Gregor, élève du service.

une pesanteur spécifique de 1015, sans albumine. Les extrémités inférieures et la peau de la région hypogastrique s nt œdématiées, tendues et douloureuses à la pression. Hier, il est survenu une vive douleur dans la région iliaque droite, s'irradiant vers la région lombaire. Sommeil incomplet la nuit.

Marche de la maladie. — La douleur à la région iliaque droite a disparu la première semaine du traitement. En même temps la malade avait aussi des vomissements après chaque repas. A partir du 24 juin, l'urine contint une grande quantité de bile, et toute la surface cutanée prit une certaine teinte ictérique. On n'a pu parvenir à activer la fonction des reins. Le 9 août, l'urine était très rare et albumineuse. L'anasarque faisait des progrès lents, s'accompagnant d'une tension douloureuse de la peau des membres et du ventre, Enfin le tronc lui-même, les membres supérieurs et la face s'infiltrèrent. La respiration s'embarrassa de plus en plus, devenant puérile au sommet. Le 8 août, on reconnut les signes de l'hydrothorax, dans le côté gauche. La dyspnée, la toux, l'insomnie et l'insuffisance de la nutrition ne tardèrent point à avoir épuisé le restant des forces de la malade, et elle succomba le 5 septembre. Au début, des sangsues suivies de fomentations chaudes furent appliquées à l'hypogastre et sur la région iliaque droite, dans le but d'alléger les douleurs. Plus tard, on eut recours aux diurétiques et aux purgatifs cathartiques pour combattre l'anasarque. Pendant tout ce temps là, on tâcha de soutenir les forces à l'aide d'une alimentation substantielle et, en dernier lieu, au moyen de stimulants.

Autopsie. — Dix-huit heures après la mort.

Corps excessivement infiltré.

Thorax. — Le cœur pèse 320 grammes; il est placé anormalement en travers, avec sa pointe tournée du côté gauche. L'oreillette droite est dilatée, surtout son auricule. Le trou de Botal est obstrué, mais la membrane qui en remplit l'anneau est refoulée en arrière et forme une sorte de poche. L'endocarde est fortement épaissi. Les valvules tricuspides sont épaissies à leurs bords, et tellement contractées qu'on parvient à peine à introduire dans l'orifice la première phalange du petit doigt jusqu'à la racine de l'ongle. Les valvules de l'artère pulmonaire sont intactes. L'oreillette gauche n'est pas dilatée. Les valvules mitrales sont épaissies et tellement resserrées qu'à travers leur orifice on parvient à peine à passer le bout du petit doigt jusqu'au milieu de l'ongle. Les cordes tendineuses sont raccourcies et les valvules semblent implantées au sommet des colonnes charnues. Les valvules aortiques sont également épaissies, et davantage aux bords qu'à leur base, ce qui leur a fait perdre toute élasticité et les rend insuffisantes. Les deux ventricules sont hypertrophiés et dilatés. Le poumon gauche est dans un état de collapsus rappelant l'état fœtal, et la cavité de la plèvre renferme près d'un litre de liquide. Le poumon droit a contracté partout des adhérences, notamment à la base avec le diaphragme; ce dernier est lui-même soudé à la plèvre pariétale depuis la sixième côte jusqu'en bas. A la coupe, le poumon paraît très infiltré en certains endroits et en collapsus dans d'autres.

Abdomen. — Le foie, atteint de dégénérescence graisseuse, pèse 1225 grammes. La rate paraît normale. Les reins sont atrophiés, surtout le droit qui ne pèse pas plus de 75 grammes. A la coupe, cet organe présente l'aspect caractéristique induré, contracté et granuleux, particulier à la maladie de Bright. Dans le rein gauche un seul cône est atteint de semblable désorganisation. L'utérus, les ovaires et les intestins n'offrent rien à noter.

Obs. CXX (1). — *Rétrécissement des orifices mitral et tricuspide. — Œdème. Hémorrhagie dans les poumons.*

Commémoratif. — William Page, âgé de 20 ans, laboureur, entré le 30 août 1832, raconte qu'il y a huit mois, étant chargé d'un lourd sac de grain, qu'il portait sur un escalier, le pied lui manqua et il tomba avec la charge sur lui. Il prétend être resté quinze jours sans connaissance; lorsqu'il fut revenu à lui, il était atteint de toux avec expectoration sanguinolente. Depuis lors aussi, il est sujet à des palpitations, à de la dyspnée, à des réveils en sursaut, et il lui serait impossible de monter un escalier, car à l'instant, il éprouve de violentes palpitations et se sent près de défaillir. Il ajoute qu'avant cet accident, il avait constamment joui d'une bonne santé et n'avait jamais eu de rhumatisme. On lui a fait subir différents traitements, et entre autres, on lui a donné un salivation mercurielle qui ne l'a nullement soulagé.

Symptômes a l'entrée. — La pointe du cœur bat distinctement dans l'espace entre la sixième et la septième côte. L'impulsion est le plus sensible sur une ligne verticale tombant du mamelon, elle est large et un peu diffuse. Les pulsations au cœur sont plus nombreuses qu'au poignet. A la percussion, la matité cardiaque mesure huit centimètres et demi en travers. L'auscultation fait percevoir un souffle prolongé, accompagnant le premier bruit à la pointe; mais il va perdant de son intensité à mesure que l'oreille se rapproche de la base de l'organe, et disparaît tout à fait à la racine des gros vaisseaux. Le second bruit est normal. Pouls à 72, plein, nullement dur. En outre, à la suite de cinq ou six pulsations naturelles, il se produit un petit battement vif. La respiration est un peu accélérée, et il survient de la dyspnée au moindre effort. Une toux, d'ailleurs peu fréquente, ramène des crachats muqueux, épais, mêlés de quelques points d'une sale couleur de rouille. Les poumons n'offrent rien à noter à la percussion, et l'auscultation révèle seulement quelques râles sibilants et ronflants, disséminés à la partie postérieure du côté gauche. L'appétit a beaucoup diminué depuis trois mois; il y a même eu de temps en temps des vomissements. Le sommeil est troublé par des rêves et par des réveils en sursaut. On remarque un léger œdème des pieds et des chevilles. Les urines sont naturelles. Rien à noter du côté des autres fonctions.

Marche de la maladie. — Les symptômes précédents se sont aggravés durant les mois de septembre et d'octobre. La dyspnée est devenue plus pénible et ses paroxysmes sont plus fréquents. La toux ramène une expectoration sanguinolente; l'œdème, l'affaiblissement général et les palpitations ont aussi augmenté. Des vomissements sont revenus de temps en temps et la peau a pris une teinte jaune ictérique. Le malade a été soumis de nouveau à un traitement mercuriel et a pris une multitude de remèdes destinés à soulager la toux et les accès spasmodiques, mais c'est tout au plus s'il en a obtenu un soulagement momentané.

En reprenant le service de la clinique, le 1er novembre, je constatai un fort bruit de souffle occupant la période des deux temps à la pointe. On sentait l'impulsion de cette dernière entre la cinquième et la sixième côte, directement sur une ligne verticale tirée en descendant du mamelon. Sur le cartilage xiphoïde, on perçoit le second bruit normal, immédiatement à la suite du souffle qui accompagne le premier bruit cardiaque. A la base, ce second bruit reste naturel, mais le souffle accompagnant le premier semble éloigné, bien que très perceptible encore. L'expectoration est gélatineuse, teintée par du sang liquide. En avant, la poitrine est sonore à la percussion; mais en arrière et en bas, la sonorité laisse à désirer, et l'oreille perçoit quelques râles crépitants et un double bruit de friction. Pouls

(1) Recueillie par M. William Calder et M. David Milroy, élèves du service.

à 120, faible et irrégulier ; grande faiblesse. *Alimentation substantielle et vin.* — 13 *novembre.* Affaissement progressif. Lividité marquée de la face et orthopnée. Contractions cardiaques tellement tumultueuses qu'on n'entend plus aucun bruit distinct. Œdème et refroidissement des extrémités. Pouls imperceptible. Le malade résiste dans cet état jusqu'au 15, jour où il meurt.

Autopsie. — Quarante-quatre heures après la mort.

Corps non amaigri ; surface cutanée fortement ictérique.

Thorax. — Le péricarde contient une centaine de grammes de sérosité. Le cœur est considérablement amplifié surtout du côté droit, dont l'oreillette atteint le volume d'une orange. L'oreillette gauche est aussi très distendue. Les deux ventricules sont dilatés et leurs parois notablement hypertrophiées. L'endocarde, dans l'oreillette gauche, est épaissi et opaque. L'orifice mitral est rétréci, ses bords sont rigides et en partie calcifiés, de sorte qu'un seul doigt à la fois peut y pénétrer. L'orifice tricuspide est également rétréci, et c'est à peine si l'on peut y introduire l'extrémité des deux premiers doigts. Cet état de choses tient à un épaississement avec retrait des segments valvulaires lesquels se sont soudés l'un à l'autre par leurs extrémités. Au bord de l'une de ces valvules on trouve quelques grossières granulations de lymphe. Les valvules pulmonaires et aortiques sont intactes. Les deux poumons sont emphysémateux en avant, toutefois la dilatation des cellules aériennes individuelles n'est pas extrême. Dans les parties postérieures et inférieures, on trouve des masses irrégulières et condensées que l'on reconnaît pour être des foyers apoplectiques, dont le volume varie depuis la grosseur d'une noix jusqu'à celle d'un œuf de poule. Çà et là dans le tissu pulmonaire on rencontre quelques tubercules miliaires. Les plèvres ont contracté des adhérences en différents endroits, et sont aussi le siége de quelques tubercules. La trachée et les bronches sont remplies d'une matière visqueuse muco-purulente.

Abdomen. — Le foie est congestionné et rappelle jusqu'à un certain point l'aspect de la noix muscade. Les reins et les autres organes abdominaux sont intacts.

Commentaire.—Chez les deux malades dont il vient d'être question, malgré un examen soigneux, rien ne m'avait fait soupçonner l'existence d'une lésion de l'orifice tricuspide. Chez le premier, le souffle continu à la pointe masquait complètement le second bruit, même à la base du cœur. Chez le second, quoique le souffle occupât les deux temps à la pointe, le second bruit était perceptible au-dessus du cartilage xiphoïde. King, avait en outre une insuffisance des valvules aortiques, mais chez tous deux, le siége principal de la maladie était aux orifices auriculo-ventriculaires. Les symptômes, d'ailleurs, ne différaient guère et consistaient dans une dyspnée extrême, de l'œdème des poumons chez l'un, et des foyers apoplectiques pulmonaires chez l'autre. Des vomissements, l'hydropisie et l'ictère complètent la ressemblance. Cependant, de ces symptômes pris en particulier ou considérés dans leur ensemble, aucun n'est caractéristique d'une lésion tricuspide en tant que distincte d'une affection mitrale. Le point de départ des deux maladies est entièrement différent. Chez l'un de ces hommes, le mal tenait, selon toute vraisemblance, à une endocardite rhumatismale; chez l'autre, il s'était déclaré à la suite d'une chute et d'une contusion, bien qu'il ne soit nullement clair comment cet accident a pu avoir pour effet d'affecter à la fois les deux orifices auriculo-ventriculaire. L'opportunité d'un traitement mercuriel a été suffisamment mise à l'épreuve dans le cas de Page,

aussi, comme d'habitude, cette médication n'a produit aucun bon effet. Théoriquement, on ne comprend guère comment elle contribuerait à amoindrir l'épaississement des valvules où à diminuer le retrait des cordes tendineuses; quant à l'expérience pratique elle a complètement échoué, au point de vue des avantages à en retirer dans l'endocardite, aussi bien que dans la péricardite.

Obs. CXXI (1). — *Polype mou adhérent, produisant une insuffisance mitrale. — Anasarque.*

Commémoratif. — William Taylor, âgé de 30 ans, compositeur, est entré le 20 décembre 1852. Cet homme avait toujours joui d'une bonne santé jusqu'à l'année dernière. Il devint alors sujet à des accès de vertiges; le premier se manifesta à la suite d'une longue marche, mais bientôt, ils se présentèrent fréquemment, surtout après les repas. Il y a trois mois, il vint s'y ajouter de la toux et de la dyspnée, symptômes qui n'ont cessé de s'aggraver. Il y a quinze jours, les jambes ont commencé à s'enfler; depuis cinq jours, le bas des jambes est devenu violacé et cette couleur ne disparait pas sous la pression; le reste de la peau, au contraire, a pris une teinte jaunâtre, et cet état de choses empire encore tous les jours. Cet homme a essuyé beaucoup de chagrins depuis six mois.

Symptômes a l'entrée. — La pointe de cœur bat dans sa situation normale; l'impulsion en est quelque peu exagérée. Le premier bruit s'accompagne d'un souffle dont la plus grande intensité est à la pointe; le second bruit est naturel; la matité transversale n'est pas augmentée. Le pouls est très-petit et faible, à 120 par minute. La percussion ne fait rien découvrir de particulier dans la poitrine; la respiration est précipitée, jusqu'à 40 inspirations à la minute; aucun murmure pathologique à l'auscultation. Sommeil mauvais et très léger; langue légèrement chargée, appétit défectueux; constipation; selles foncées; urines en quantité passable, foncées en couleur, chargées d'urates et contenant une certaine proportion d'albumine. Jambes enflées. On prescrit 120 *grammes de vin et une mixture diurétique.*

Marche de la maladie. — 23 *décembre.* — Crépitation sur toute la moitié inférieure des deux poumons en arrière; pas de matité ni d'augmentation de la résonnance vocale. Crachats striés de sang. Grande faiblesse; pouls à peine perceptible. On prescrit *une potion expectorante et on continue le vin.* — 24 *déc.* La quantité d'urine rendue est très-petite. On prescrit *une potion diurétique avec de l'éther nitrique*, et on remplacera la moitié du vin par une dose égale de gin. — 25 *déc.* Le malade a eu de délire la nuit et une forte dyspnée. Il s'est éteint ce matin.

Autopsie. — Quarante-huit heures après la mort.

Thorax. — Le péricarde renferme environ trente grammes d'une sérosité trouble, jaunâtre. Le cœur a subi une ampliation légère du côté droit. Toutes ses cavités sont remplies de sang en partie coagulé; les caillots sont mous et partout également colorés. Dans l'oreillette gauche se trouve une masse molle, gélatineuse, semi-transparente, du volume d'un œuf de pigeon, suspendue au-dessus de l'orifice mitral et paraissant l'avoir obstrué. La base d'implantation de cette tumeur sur la membrane tapissant l'oreillette, occupe un bon centimètre carré; elle est fortement attachée, son intérieur offre un aspect colloïde, et à l'extérieur elle ressemble à un polype mou ou à une masse d'hydatides de l'uterus; sa coupe présente une texture homogène, consistant en un stroma fibreux, très friable, et dans les mailles duquel se trouve un liquide clair, visqueux. Les lambeaux de la valvule mitrale

(1) Recueillie par M. R. Brown, élève du service.

sont un peu épaissis, mais sans déformation ni épaississement des cordes tendineuses, lesquelles, ainsi que les colonnes charnues, sont intactes. Les poumons sont œdématiés et renferment quelques petits foyers hémorrhagiques.

Abdomen. — La cavité péritonéale contient deux litres de sérosité limpide. Le foie est légèrement congestionné. L'examen des autres viscères a malheureusement été négligé.

Examen microscopique. — Le polype attaché dans l'oreillette gauche est constitué par des faisceaux de tissu fibreux s'entrecroisant et formant entre eux des aréoles circulaires remplies d'une sérosité visqueuse. Au milieu de ces faisceaux, on remarque des cellules à noyau, arrondies, ovales ou fusiformes. Quelques unes affectant cette dernière forme sont encore plus allongées ou même sont déjà des fibres. Au reste, ce sont des fibres-cellules à divers degrés de développement, depuis la cellule arrondie jusqu'au tissu aréolaire parfait.

Commentaire. — La structure et la solidité du point d'attache du polype ne permettent pas de douter que son existence remonte à un certain temps avant la mort, et n'ait été la cause des symptômes dont cet homme se plaignait. La position de ce polype semblerait de nature à produire un obstacle au passage du sang de l'oreillette dans le ventricule gauche ; cependant, le bruit anormal indiquait plutôt, durant la vie, une insuffisance qu'un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire. Toutefois, c'est à ce dernier qu'il faut probablement rapporter la dyspnée excessive qui a toujours constitué le symptôme dominant de la maladie. La tumeur ressemblait extrêmement, à l'œil nu comme au microscope, à certaines espèces de tumeurs colloïdes simples que j'ai observées. Cette tumeur a-t-elle eu son origine dans un exsudat, dans un dépôt de fibrine du sang, ou dans ces deux causes à la fois. C'est ce qu'il serait difficile de déterminer, mais la dernière supposition me paraît la plus probable.

Des caillots se forment parfois dans le sang, au sein des cavités cardiaques, durant la vie ; c'est là un fait qu'on ne saurait guère revoquer en doute, encore que nous n'ayons aucun moyen de le reconnaître. On a attribué leur origine à une endocardite. Dans cette hypothèse, il faut admettre la production d'un exsudat à la surface de l'endocarde ; cet exsudat donnerait naissance à des rugosités auxquelles viendrait s'attacher la fibrine du sang coulant sans cesse par dessus. Quel que soit leur mode de formation, il s'y produira l'une des deux modifications suivantes : 1° des fibres-cellules naissent dans son sein et le tout se développe graduellement en une structure fibreuse, comme chez le sujet de l'observation CXXI ; ce cas est très-rare ; 2° plus communément, le caillot se ramollit au centre et se réduit peu à peu en un liquide ressemblant à s'y méprendre à du pus, au moins à l'œil nu. De semblables collections ont maintes fois été décrites sous le nom de « kystes purulents ». J'ai eu souvent l'occasion d'examiner le contenu de ces prétendus kystes purulents ; la plupart sont formés par une désagrégation mécanique du caillot, comme Gulliver l'a démontré le premier, et ce ne sont point du tout des kystes purulents. Je trouvai un jour un caillot pyriforme dans le ventricule gauche, solidement fixé à l'endocarde par sa petite extrémité ; il avait la grosseur d'un œuf de poule, et au moment où je

l'incisai, il s'en écoula au moins cinquante grammes d'un liquide exactement semblable à du pus ordinaire de bonne nature. Cependant, ce liquide ne contenait pas un seul globule de pus, mais était entièrement formé d'une matière moléculaire, de débris du caillot fibrineux et de quelques globules blancs du sang ratatinés. Au reste, le microscope sert fréquemment à montrer que certains produits regardés comme purulents et considérés comme la preuve d'une inflammation, n'ont en réalité aucun rapport avec cette dernière et tiennent à des causes totalement différentes.

Obs. CXXII (1). *Persistance et agrandissement du trou de Botal. — Phthisie.*

Commémoratif. — James M'Queenie, âgé de 27 ans, tailleur, entré le 23 juin 1853, n'a jamais été un homme bien robuste; il est d'ailleurs sujet à prendre des refroidissements et à avoir des digestions pénibles. Aussi loin qu'il se souvienne, il a toujours eu des palpitations et de l'essoufflement au moindre effort. Sa santé, néanmoins, avait toujours été passable, lorsqu'il y a dix-huit mois il fut obligé d'entrer à l'Infirmerie pour une fièvre inflammatoire avec de la toux et des douleurs dans la poitrine. On reconnut un commencement de condensation au sommet du poumon droit, et on remarqua quelques murmures obscurs et mobiles accompagnant les bruits du cœur, ce qui fit croire à une péricardite sub-aiguë survenue durant le cours de l'affection tuberculeuse. On lui fit prendre de l'aconit et plus tard du mercure. Il se rétablit mais ne revint jamais en parfaite santé. Les signes physiques du côté du cœur ne se modifièrent point; la toux et l'expectoration persistèrent. Dernièrement, ces symptômes ayant repris une certaine gravité, le sujet se décida à rentrer à l'hôpital.

Symptômes a l'entrée. — La pointe de cœur bat un peu à la droite de sa place habituelle; la matité transverse mesure sept centimètres et demi. Les bruits sont faibles et indistincts au premier temps; au second et empiétant sur lui, l'oreille perçoit une sorte de bruissement particulier qui n'est ni un souffle ni un bruit de friction; on l'entend surtout distinctement à la base; il n'est pas constant et ne se propage pas dans la direction des gros vaisseaux. L'impulsion cardiaque est faible et détermine une sorte de mouvement d'ondulation dans les espaces intercostaux. Palpitations à la suite des efforts ou des émotions; pouls à 70, petit et offrant quelques intermittences. La percussion sous la clavicule droite produit de la matité accompagnée d'une certaine sensation de résistance et d'un bruit imparfait de pot fêlé. A l'auscultation, on entend de gros râles humides, on dirait même parfois du gargouillement; l'expiration est très prolongée; forte bronchophonie. Vers la partie inférieure du poumon droit, la respiration est rude et sibilante. Au-dessous de la clavicule gauche et sur un espace de la largeur de la main, il existe de fins râles humides, avec expiration prolongée, forte résonnance de la voix, et aussi des râles sibilants, comme de l'autre côté. Ces mêmes signes se retrouvent en arrière aux endroits correspondants. Expectoration abondante de muco-pus; toux fréquente mais sans rudesse; respiration aisée. Appétit à peine diminué. Parfois diarrhée, arrêtée actuellement à l'aide d'astringents. Matité hépathique et splénique normale. Sueurs profuses la nuit. Les urines ont conservé leurs caractères naturels. On prescrit de *l'huile de foie de morue et un régime substantiel.*

Marche de la maladie. — Du 23 *juin au* 13 *juillet.* Sous l'influence du traitement les forces reviennent. Hier 22, le malade a ressenti des frissons, suivis d'un point de côté, lequel a cédé à l'application de quelques sangsues. — 13 *au* 23 *juillet.* Le mal empire de jour en jour; une toux fréquente ramène abondamment

(1) Recueillie par M. W. M. Calder, élève du service.

de crachats muco-purulents; dyspnée très pénible; sueurs nocturnes; diarrhée; perte d'appétit; grande faiblesse. Les signes physiques prénotés n'offrent pas beaucoup de changement. Les bruits du cœur sont masqués par les râles pulmonaires. Le malade a continué à prendre de l'huile de foie de morue, de temps en temps aussi des antispasmodiques et des astringents, selon les indications; en dernier lieu, on a donné 120 grammes de vin et 60 d'eau-de-vie, dans les vingt-quatre heures. — 21 *juillet*. Le malade s'affaisse insensiblement et meurt à midi.

Autopsie. — Vingt-cinq heures après la mort.

Corps fortement amaigri; rigidité cadavérique modérée.

Thorax. — Il n'existe aucune adhérence entre les feuillets du péricarde, ni entre les plèvres et cette enveloppe. Le péricarde contient environ 60 grammes de sérosité louche, jaunâtre, dans laquelle nagent quelques flocons de lymphe. Le cœur présente à sa face postérieure et vers la base, des taches laiteuses de la largeur d'une pièce d'un franc; on en voit aussi quelques unes, plus petites, sur l'oreillette gauche. Le cœur est mou, flasque et graisseux; il pèse 375 grammes. Le ventricule droit est considérablement dilaté et ses parois sont amincies; l'orifice tricuspide livre aisément passage à l'extrémité des quatre doigts de la main réunis; les valvules mitrales sont légèrement épaissies sur leurs bords, mais saines d'ailleurs; les valvules aortiques sont intactes. La cloison auriculaire présente une large ouverture à travers laquelle on peut introduire trois doigts; évidemment c'est le trou de Botal (foramen ovale) considérablement agrandi; sa forme est ovale et les bords en sont lisses et réguliers. L'artère pulmonaire est dilatée; le calibre de l'aorte est diminué et n'atteint pas la moitié de celui de l'artère pulmonaire. Le poumon droit est partout adhérent, surtout au sommet; son tissu ne crépite plus et il est entièrement farci de tubercules chroniques, surtout au sommet, où l'on remarque plusieurs rides en compagnie de cicatrices denses. Le poumon gauche est également infiltré de tubercules, mais de formation plus récente et moins généralisés.

Abdomen. — Le foie, fortement congestionné, porte une cicatrice linéaire de cinq centimètres de long, situé à un centimètre en avant de son insertion diaphragmatique. Le tiers inférieur de l'iléum, le cæcum et le côlon ascendant sont le siége de nombreuses ulcérations tuberculeuses. On trouve aussi quelques dépôts tuberculeux dans les glandes mésentériques. Les autres organes n'offrent rien d'anormal.

Commentaire. Les bruits du cœur offraient, chez ce malade, une particularité singulière, consistant dans une sorte de bruissement synchronique avec la systole, surtout distinct à la base, se compliquant de palpitations, d'une impulsion faible et d'un pouls débile et intermittent. Cette combinaison de signes et de symptômes écartait l'idée d'une affection aortique; d'autre part, le sexe et l'absence de souffle dans les gros vaisseaux s'opposaient à ce qu'on attribuât cette lésion à un état anémique. A l'autopsie, on découvrit une large communication entre les oreillettes, avec des bords lisses et ayant dû livrer un passage facile au flot sanguin. Il serait peut-être téméraire d'affirmer que le bruissement particulier, lequel n'était d'ailleurs ni bien intense ni constant, fût produit par cette ouverture, mais à en juger d'après sa situation et son caractère, cette supposition me semble la moins improbable. Le léger épaississement des bords de la valvule mitrale ne paraît pas en avoir affecté le fonctionnement, et n'a certainement occasionné aucun bruit anormal.

La science ne possède qu'un petit nombre d'observations positives de la persistance du foramen ovale ou trou de Botal. Dans un cas relaté par le Dr Markham (1), ce trou permettait au sang de passer avec facilité de l'oreillette droite dans l'oreillette gauche, mais pas en sens inverse, sauf à travers deux autres petites fentes. On entendait, durant la vie, un fort murmure systolique rude et prolongé, dans toute l'étendue de la région précordiale, jusque sur la partie supérieure et sur le bord droit du sternum et même jusque dans toute la moitié supérieure de l'espace interscapulaire. D'après les recherches faites par le Dr John Ogle (2) lorsqu'il était conservateur du musée de St George's Hospital, il paraîtrait que sur treize cas de persistance du trou ovale, sept des sujets ne présentaient aucune sorte de murmure synchronique avec la systole ; la dimension des ouvertures n'est pas signalée. Un sujet présentait un murmure diastolique, mais celui-ci était le résultat d'une affection aortique non équivoque. En somme, ces treize cas n'établissent nullement que cette lésion détermine aucune espèce de murmure spécial. Le cas rapporté par le Dr Markham, qui n'était pas compliqué et fut bien observé, semble fournir d'assez bonnes raisons pour admettre, que dans certaines circonstances, la perméabilité du trou de Botal peut donner lieu à un bruit anormal, comme du reste nous venons de le noter dans l'observation qui précède. Mais quelles sont ces circonstances ? C'est ce que des observations ultérieures peuvent seules éclaircir ; nous en dirons du reste autant d'une foule d'autre points curieux concernant cette rare anomalie.

Depuis que cette observation a été recueillie, le Dr Foster de Birmingham a publié deux cas de persistance du foramen ovale, observés chez deux enfants atteints de cyanose, et chez tous deux un murmure anormal était perceptible à la base du cœur, accompagnant le premier bruit (3). Le Dr Reish, de Vienne, a décrit aussi un cas de ce genre, compliqué d'une lésion mitrale, dans lequel on entendait un fort murmure systolique à la pointe du cœur, et un second bruit faible et indistinct. On ne percevait aucun murmure anormal à la partie inférieure du sternum mais seulement deux bruits faibles (4). Au reste, comme ce dernier cas est compliqué, on n'en peut rien conclure de bien précis.

PATHOLOGIE DES AFFECTIONS VALVULAIRES ET ORGANIQUES DU COEUR.

Les lésions entraînant des affections valvulaires du cœur sont des plus diverses ; ce sont en première ligne, les violences mécaniques, des produits exsudatifs aigus ou chroniques, des dépôts de fibrine, et différentes sortes de dégénérescence du tissu de cet organe. Cependant, quelle que soit la cause de ces affections, toutes manifestent une tendance à amener des

(1) *British Méd. Journal*. 4 avril 1857.
(2) *ibid.* 13 juin 1857.
(3) *Dublin Quaterly Journal*, août, 1863.
(4) *Edinburgh Medical Journal*, février 1863, p. 752.

modifications dans la texture et dans les actes vitaux du cœur même. En première ligne je citerai l'hypertrophie et la dégénérescence de ses parois musculaires, entraînant à leur suite un surcroît, une diminution ou des irrégularités des contractions de ses cavités. Bien que ce soit à ces derniers phénomènes que le médecin ait généralement affaire, il est essentiel de connaître les lésions si l'on veut être capable d'en apprécier exactement les symptômes, et savoir appliquer à chaque cas le traitement qui lui convient.

Des violences mécaniques occasionnent assez fréquemment des lésions soudaines, ou la rupture des valvules (obs. CIX et CXX), en déchirant leurs points d'attache et donnant ainsi lieu à des adhérences anormales et à des

Fig. 473.

dépôts fibrineux. De violents efforts musculaires ont quelquefois produit de semblables effets (obs. CIX). Le Dr R. Quain a relaté quatre observations de ce genre (1). L'un des sujets était un maréchal-ferrant qui, lors d'un grand effort, éprouva tout à coup « un choc pénible au cœur », de la difficulté à respirer et, au même instant, perçut un bruit particulier « partant de sa poitrine et s'élevant à travers le cou jusqu'à ses oreilles ». A l'auscultation, on reconnut l'existence d'un fort tintement musical à l'endroit des valvules aortiques, au second temps ; le premier s'accompagnait aussi d'un souffle plus doux. Après deux années de souffrances, durant lesquelles ces bruits anormaux passèrent par diverses modifications, il se produisit une hypertrophie, et cet homme mourut. A l'autopsie, on trouva deux des valvules sigmoïdes détachées de l'aorte et flottant au-dessous de la troisième qui servait seule à les retenir (Fig. 473). Des cas de ce même genre s'observeraient sans doute plus fréquemment si les médecins s'attachaient à rechercher plus attentivement l'origine des affections valvulaires.

Des exsudats à l'intérieur ou à la surface des valvules, constituant l'endocardite des auteurs classiques, sont une cause très commune des affections

(1) *Monthly Journal of Medical Science*. Déc. 1846.

Fig. 473 Réunion de deux valvules aortiques en *a*, détachées de l'aorte en *b*. En cet endroit la paroi de l'artère présentait une élevure superficielle. En *c*, le bord d'une de valvules est légèrement renversé et garni de petites granulations. — (*R. Quain*).

valvulaires. S'ils se produisent rapidement, ils affectent la forme de petites granulations ou s'étalent en une couche plus ou moins épaisse et régulière, à la surface et sur les bords des valvules. Quand l'exsudation est chronique, la lymphe épanchée s'affermit et la lésion se complique fréquemment d'une autre exsudation dans le tissu même de la valvule, y produisant

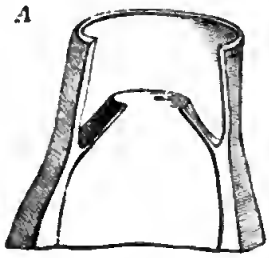


Fig. 474.

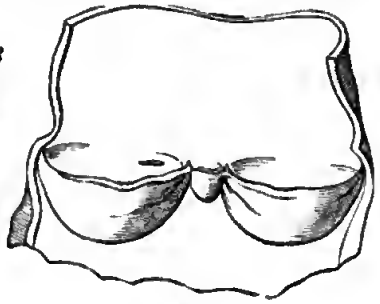
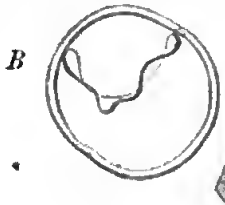


Fig. 475.

en certains endroits de l'induration et de l'épaississement. Cette même exsudation interstitielle épaissit et raccourcit en même temps les cordes tendineuses. Il en résulte que les bords des valvules ne s'affrontent plus



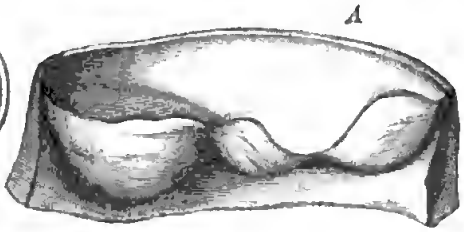


Fig. 476.

exactement, et elles deviennent insuffisantes à remplir leurs fonctions. Après un certain temps, comme conséquence de l'excès d'exsudation et du retrait consécutif, les orifices se rétrécissent et ainsi se produit un obstacle mécanique au libre passage du sang.

Indépendamment de l'épaississement et du retrait, les valvules peuvent contracter des adhérences par suite, ou même en l'absence de la déchirure de leurs cloisons ; de cette façon il ne reste parfois que deux valvules, rarement une seule, par suite d'un décollement des points d'attache à l'aorte et de la soudure ultérieure des bords déchirés. Dans la fig. 474, la soudure de toutes les valvules a abouti à n'en plus former qu'une seule qui a pris la forme d'un entonnoir. Dans la fig. 475, deux valvules se sont rompues

---

Fig. 474. A, Orifice aortique muni d'une seule valvule en forme d'entonnoir, vue de face. B. La même valvule vue d'en haut et montrant les restes des cloisons des trois valvules réunies (*Peacock*).

Fig. 475. Deux valvules aortiques, entre lesquelles on aperçoit la troisième restée rudimentaire (*Peacock*).

Fig. 476. Déformation congénitale des valvules aortiques A, Aorte fendue suivant sa longueur ; B, Coupe transversale de l'aorte juste au-dessous des valvules (*Brinton*).

à la fois et se sont soudées en une seule. Dans la fig. 475, une des valvules semble être restée à l'état rudimentaire. Le nombre des valvules peut aussi être accru par suite d'adhérences accidentelles d'où résulte la formation de nouvelles poches. C'est ainsi qu'on rencontre parfois quatre valvules, comme dans la fig. 477. Quelquefois, ces valvules sont d'inégales dimensions, et elles sont le plus souvent alors le résultat d'une maladie. J'ai pourtant vu quatre valvules exactement pareilles; c'était probablement une anomalie congénitale. Je ne connais qu'un seul exemple de l'existence de cinq valvules aortiques; il est décrit par Peacock dans son remarquable ouvrage sur les difformités du cœur humain (1), et la fig. 478 en donne la représentation. Ces valves supplémentaires sont dues à la division de deux valvules; les segments surnuméraires sont imparfaits.

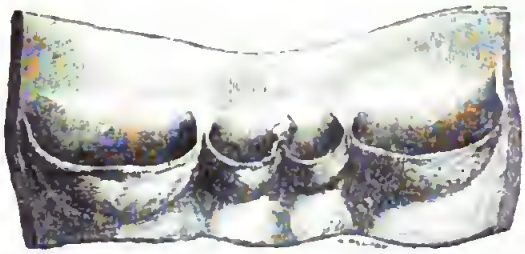


Fig. 477.

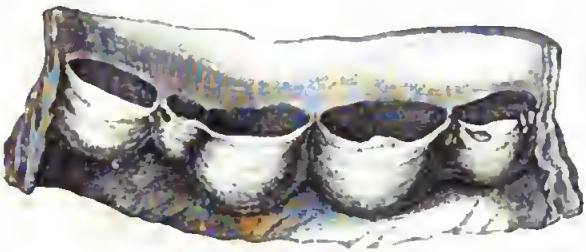


Fig. 478

La valvule mitrale, indépendamment des rugosités et de l'épaississement des valves elles-mêmes, ainsi que des altérations diverses de leurs bords par suite du raccourcissement des cordages tendineux, présente dans les cas chroniques une grande tendance au rétrécissement de son ouverture. Quand on regarde de haut en bas dans l'oreillette, ces rétrécissements de l'orifice auriculo-ventriculaire affectent deux formes, lesquelles ne sont pourtant que deux dégrés différents de contraction de l'ouverture. La première de ces formes constitue une sorte de fente ou de boutonnière, et la seconde une ouverture arrondie ou ovale. Cet orifice forme le fond d'une dépression en entonnoir, produite par l'adhérence, l'épaississement et la contraction des bords des deux valves.

(1) *Malformations of the Human Heart*, 1858.

Fig. 477. Quatre valvules à l'orifice aortique. Les deux du milieu sont le résultat d'une adhérence accidentelle d'une des valvules primitives à son centre, de manière à former deux poches.

Fig. 478. Cinq poches résultant de l'adhérence et de la formation de cloisons à l'intérieur de deux valvules (*Peacock*).

Fig. 479.

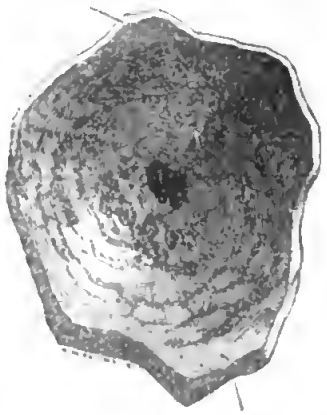


Fig. 480.

Le *dépôt de la fibrine du sang* à la surface des valvules peut être la suite de lacérations ou d'une exsudation; parfois aussi, autant du moins qu'on puisse s'en assurer, il s'est fait en l'absence de toute lésion organique. Il a été expérimentalement prouvé, que l'introduction d'un fil à travers l'ouverture aortique entraîne la précipitation de la fibrine du sang à sa surface (*Simon*). Les surfaces rugueuses produisent le même effet. Au fait, il y a tout lieu d'admettre que quand le sang est très riche en fibrine, comme il arrive notamment dans le rhumatisme aigu, des dépôts de ce genre peuvent se faire sur les valvules elles-mêmes, en l'absence de toute lésion antérieure, et cette hypothèse donnerait la clef des relations qui existent entre le rhumatisme et les affections cardiaques. Quoi qu'il en soit, il n'est guère douteux qu'en présence d'une constitution du sang de cette nature, des dépôts fibrineux

Fig. 481.

Fig. 479 Orifice mitral rétréci, de manière à former une fente rigide, allongée, comparable à une boutonnière. L'orifice est vu du coté de l'oreillette.

Fig. 480. Orifice mitral excessivement rétréci, de manière à ne plus laisser qu'une ouverture ovale au fond d'une dépression infundibuliforme. L'orifice est vu du côté de l'oreillette.

Fig. 481. Végétations fibrineuses et dégénérescence athéromateuse d'une valvule aortique déchirée.

se produisent quelquefois, constituant ces végétation si fréquemment observées sur les bords des valvules, où elles affectent la forme de tumeurs verruqueuses molles, obstruant plus ou moins les orifices, et quelquefois suspendues à l'aide d'un pédicule dans le ventricule (fig. 481) (1).

La dégénérescence des valvules se produit de diverses manières et varie dans sa nature selon qu'elle est albumineuse, graisseuse ou minérale. Les épaississements et les indurations dus à une exsudation chronique offrent quelquefois une densité comparable à celle des tissus ligamenteux ou fibro-cartilagineux. D'autre part, ils sont susceptibles de se ramollir, de subir la dégénérescence graisseuse et enfin de s'ulcérer, occasionnant ainsi une ou plusieurs perforations dans la portion membraneuse de la valvule (Fig. 481). Enfin, il n'est pas rare de rencontrer dans les valvules épaissies, des nodules et des amas de matière terreuse plus ou moins volumineux, plus ou moins rugueux, ressemblant à des concrétions et occasionnant une obstruction des orifices proportionnelle à leurs dimensions.

Le résultat commun de toutes ces lésions diverses, c'est une insuffisance des valvules qui, ne se fermant plus exactement, laissent refluer le sang dans les ventricules ou dans les oreillettes à chaque systole ou diastole, selon l'orifice affecté. Si c'est une obstruction par rétrécissement, dont la valvule est le siége, le cours du sang est jusqu'à un certain point entravé. Dans l'un comme dans l'autre cas, il faut de la part du cœur un effort musculaire plus puissant pour suffire à la circulation, et il en résulte une ampliation ou hypertrophie plus ou moins considérable de l'organe.

L'hypertrophie du cœur dépend de diverses causes; toutefois, la plus commune, de beaucoup, c'est une affection de l'une ou de plusieurs de ses valvules. Dans ce cas, elle suit la loi du développement hypertrophique des tissus dont il a été question plus haut (t. I, p. 247); c'est-à-dire que les organes soumis à un exercice inaccoutumé ou, en d'autres termes, à un surcroît de fonctionnement, augmentent de volume. Telle est la cause de l'hypertrophie et de la dilatation du ventricule gauche, lorsqu'il existe une affection des valvules mitrales ou aortiques; ce même genre de cause opère encore sur d'autres parties de cet organe. Ainsi, la bronchite chronique et l'emphysème, en créant un obstacle à la circulation pulmonaire, entraînent à leur suite une ampliation de même nature dans le ventricule droit, et ainsi du reste.

Dans les maladies chroniques du cœur, il est rare de voir la lésion se borner à une cavité, car, à mesure qu'elle fait des progrès, elle produit dans les autres un embarras croissant. Ainsi une hypertrophie du ventricule gauche consécutive à une lésion aortique, amène au bout d'un certain temps une ampliation de l'oreillette gauche; celle-ci, à son tour, entrave

(1) Voir quelques excellentes leçons, sur ce sujet, par le Dr Richardson. *British Med. Journ.*, 1869, p. 21.

le retour du sang des poumons et il en résulte finalement des congestions et d'autres désordres du côté de ces organes. Ce n'est pas tout : ces lésions pulmonaires entraînent bientôt la dilatation des cavités droites du cœur, et le retour du sang de la grande circulation étant de la sorte entravé, de nouvelles congestions ne tardent pas à se manifester dans le foie et dans d'autres viscères. Comme conséquence de la distension excessive des capillaires veineux, ainsi occasionnée, il se fait une exsudation séreuse aboutissant soit à un simple œdème, soit à une anasarque plus ou moins marquée. A mesure que le liquide hydropique ainsi formé augmente, la compression qu'il exerce entrave de plus en plus le fonctionnement des reins, de la peau, des poumons, etc., jusqu'à ce qu'enfin la continuation de la vie devienne impossible. Ces effets seront encore plus rapides si à la lésion aortique vient s'adjoindre une affection mitrale, ou si quelque complication intercurrente vient ajouter à la gravité du cas ; ainsi, l'orifice tricuspide peut être affecté, comme dans les obs. CXIX et CXX ; ou bien c'est le péricarde qui est adhérent, ou même quelque grosse artère qui est le siége d'un anévrysme. A l'inverse de ce qui vient d'être dit, la série pathologique peut aussi être intervertie ou renversée. La maladie, par exemple, aura son point de départ dans le foie ou dans les poumons et le cœur sera atteint secondairement, par suite des entraves à la circulation occasionnées par l'affection primitive. Enfin, il arrive aussi que conjointement avec l'affection valvulaire et l'hypertrophie du cœur, il existe en outre des lésions primitives dans le foie, dans les reins ou dans les poumons. Bref, il n'y a que la connaissance de la pathologie qui puisse faire comprendre l'influence et la dépendance mutuelles de ces diverses lésions et permettre d'appliquer à leur soulagement le traitement le mieux approprié.

Dégénérescence graisseuse du cœur. — Le cœur peut être surchargé et même plus ou moins infiltré de tissu adipeux, constituant une sorte de fausse dégénérescence graisseuse. Mais il est une autre forme de dégénérescence graisseuse véritable, bien plus importante au point de vue pathologique et dont nous devons la connaissance aux récentes recherches des histologistes et notamment, en Angleterre, de Paget, d'Ormerod et de Quain. Nous avons vu, précédemment, en quoi elle consiste (t. I, p. 325). Elle s'observe à la suite de toutes sortes d'affections cardiaques, mais plus particulièrement avec les affections valvulaires de l'aorte, ou encore lorsque se manifeste dans l'économie cette disposition dyscrasique à la dégénérescence graisseuse simultanée d'un certain nombre d'autres organes. Ainsi, on observe que dans les cas où le foie et les reins sont gras, la substance musculaire du cœur subit communément une altération analogue. Au reste, il n'est guère de dégénérescence texturale plus fréquente que la dégénérescence graisseuse du cœur, et, suivant son degré plus ou moins avancé, elle offre d'autant plus de danger qu'elle est plus généralisée et se complique d'autres affections. Chez les vieillards, notamment, cette dégénérescence existe souvent à un degré fort avancé sans avoir jamais éveillé le moindre soupçon, jusqu'à ce

qu'un effort inaccoutumé réclame de la part de l'organe une contraction musculaire plus énergique qu'il ne peut fournir ; alors, son action s'arrêtant tout-à-coup, il se produit une syncope mortelle. Bon nombre de morts subites, qualifiées autrefois d'apoplexie ou de spasme du cœur, doivent positivement être rapportées à cette lésion. Son existence, sur le vivant, est loin de pouvoir toujours se reconnaître avec certitude. La lenteur et la faiblesse du pouls ont semblé des signes caractéristiques à quelques médecins. Cependant, j'ai vu pas mal de sujets que je tenais en observation, succomber à cette dégénérescence parvenue à un degré extrême, et cela sans avoir jamais présenté aucun de ces deux symptômes. On a aussi vu des exemples de rupture du cœur et d'hémorrhagie foudroyante par suite de cette cause.

La myocardite, ou inflammation véritable de la substance du cœur, est une des affections organiques les plus rares qu'on connaisse. Néanmoins, dans la péricardite, la substance musculaire immédiatement sous la membrane séreuse ne serait-elle jamais le siége d'une exsudation? Aux recherches histologiques seules il appartient de décider cette question. L'introduction dans le langage médical du terme « inflammation parenchymateuse », employé par Virchow, ne peut qu'amener de la confusion sans servir en rien la science, attendu qu'en réalité, il n'y a pas du tout d'inflammation dans les cas dont nous venons de parler, mais simplement dégénérescence graisseuse des faisceaux musculaires.

TRAITEMENT DES AFFECTIONS VALVULAIRES ET ORGANIQUES DU COEUR.

Les diverses lésions des valvules seraient-elles susceptibles de se guérir au moyen de médicaments? c'est là une illusion que les progrès dans le diagnostic et en pathologie ont heureusement dissipée; tout ce que le médecin peut espérer de son intervention, c'est de modifier autant que possible, de pallier les phénomènes consécutifs, lesquels constituent le danger principal. Mais, c'est concernant ce but même que les conceptions les plus erronées se sont donné cours, ou plutôt que les phénomènes ont reçu les plus fausses interprétations. Nous avons vu comment les affections valvulaires déterminent l'hypertrophie avec dilatation; cette hypertrophie entraîne à sa suite un excès d'action de la part du cœur et, spécialement quand les valvules aortiques sont lésées, s'accompagne d'un pouls fort, dur et rebondissant. Il est une idée très généralement répandue : simplement parce que le pouls serait trop fort, le rôle du médecin doit être de l'affaiblir; parce que le cœur se contracte violemment, il faut l'amener à battre avec plus de calme à l'aide de moyens débilitants ! Mais cette forte impulsion et cette hypertrophie du ventricule, d'une part, sont l'effet d'une sage prévoyance de la nature, en vue de contrebalancer les conséquences autrement fatales de l'obstruction valvulaire; et l'énergique activité du cœur, d'autre part, est une marque de faiblesse et non de force; aussi, au lieu de l'affaiblir par des sangsues et des antiphlogistiques il faut bien plutôt

Digitized by Google

lui venir en aide par une bonne alimentation, par des toniques et des calmants. Personne plus que le Dr Corrigan (1), n'a contribué à l'avancement de la médecine, dans le traitement de ces maladies, en mettant à l'évidence ces propositions; aussi, ses idées et ses procédés ont-ils été adoptés avec empressement par tous ceux qui se sont sérieusement livrés à l'étude du diagnostic physique des maladies du cœur. C'est, d'ailleurs, pour s'être obstinés à traiter de simples symptômes, sans connaître les lésions organiques dont ils dépendent, que tant de médecins commettent tous les jours de si grosses méprises. Au reste, ce traitement judicieusement appliqué nous fournit un nouvel exemple, on ne peut plus frappant, de l'avantage des procédés scientifiques modernes sur la pratique empirique des anciens.

Ce qu'il faudra donc avoir particulièrement en vue dans le traitement des maladies valvulaires du cœur, c'est par tous les moyens possibles de maintenir à un degré normal les forces de l'organisme, en évitant d'agiter le malade, loin de vouloir affaiblir le pouls et de donner des mercuriaux, Au reste, nous l'avons surabondamment démontré, c'est une erreur de croire que par ces moyens on puisse éteindre une inflammation ou seulement activer l'absorption des exsudats. A la faveur de ce traitement, des personnes atteintes de maladies de cœur continuent souvent à vivre bien des années, dans un état de santé relative, et sans se douter de rien. Si, cependant, la lésion organique occasionne de la dyspnée, on recommandera avec insistance d'éviter tout effort subit ou un peu violent, comme aussi les fortes émotions. En même temps, à l'aide d'un régime convenable et d'un exercice très modéré, on tâchera de venir en aide à l'hématose et de prévenir une distribution disproportionnée du sang entre le foie et les poumons. Les douleurs, l'angine de poitrine et les accès paroxystiques seront combattus par l'usage prudent de préparations de morphine, de digitale, d'aconit et d'autres sédatifs employés à titre de palliatifs, et parfois aussi au moyen des carminatifs. (Obs. CIV.) Quand l'hydropisie apparaît, on parvient souvent à arrêter sa marche ou même à s'en débarrasser pour un temps, à l'aide de diurétiques, de sudorifiques et parfois de purgatifs drastiques si les forces le permettent. Selon Stokes, l'action de ces derniers est quelquefois favorisée par les mercuriaux, mais hors de là, ils sont parfaitement inutiles. Quand l'hypertrophie existe à un degré assez prononcé avec une difficulté manifeste au passage du sang à travers les poumons, ce que dénotent la dyspnée, la lividité de la face et l'irrégularité de l'action du cœur, l'application de quelques sangsues ou de quelques ventouses scarifiées à l'aide desquelles on retire cent à cent cinquante grammes de sang, procure souvent un soulagement extrême, quoique momentané. Les ventouses sèches, même, sont fréquemment avantageuses. S'il y a tendance à la syncope, ou quelque raison de soupçonner une affection graisseuse du

(1) *Edin. Medical and Surgical Journal*, vol. XXXVII, 1832.

cœur, outre les moyens de traitement dont il vient d'être question, il sera bon d'avoir toujours sous la main un stimulant quelconque, pour l'administrer à la première menace de syncope.

TROUBLES FONCTIONNELS DU COEUR.

Ce qu'on entend par troubles fonctionnels du cœur n'est en réalité que la manifestation symptomatologique de quelque affection organique obscure, d'une dyspepsie ou d'un état de débilité générale consécutive à une altération du sang. Ces désordres affectent trois formes principales. — 1° L'angine de poitrine, ou spasme des parois musculaires du cœur, déterminant une douleur, une angoisse horrible et un sentiment d'évanouissement difficile à définir. Elle est généralement le résultat de quelqu'effort. Nous l'avons vue accompagnant une lésion organique (Obs. CXV); elle se rencontre fréquemment aussi avec la dégénérescence graisseuse du cœur et avec la dégénérescense calcaire de la valvule coronaire. 2° Des palpitations avec tendance à la syncope, dans la chlorose et l'anémie des jeunes personnes, avec accompagnement d'un bruit de souffle doux, non permanent, perçu à la base, au premier temps. Ce bruit se prolonge dans la direction des gros vaisseaux au-dessus desquels, en y posant le stéthoscope, on entend un bourdonnement, une sorte de bruissement continu, appelé bruit du diable. La cause de ce phénomène est très obscure; d'aucuns pensent qu'il se produit dans les artères, d'autres dans les veines. (Voir maladies du sang). 3° Des palpitations analogues, souvent avec un cœur petit, chez les jeunes gens qui ont des occupations sédentaires, spécialement chez les étudiants des professions lettrées. L'appétit de ces personnes est généralement défectueux, le corps est faible et indisposé à la moindre fatigue, le cerveau et le système nerveux sont irritables, et le sommeil est troublé par le surcroît d'action du cœur et par des sensations désagréables rapportées à cet organe.

Le traitement, dans tous ces cas, lorsque le mal dépend de la faiblesse, consistera à fortifier la constitution à l'aide d'une alimentation substantielle, d'un exercice convenable et de l'administration des ferrugineux. Dans la chlorose tout spécialement, les préparations martiales sont avantageuses. Chez les jeunes gens, des exercices réglés, la suspension momentanée des études, un régime approprié, et spécialement la précaution de distraire l'attention portée sur le cœur, au moyen de conversations agréables ou de lectures amusantes faites le soir, tels sont les moyens les plus utiles pour combattre ces troubles nerveux. Dans tous les cas, on ne négligera pas les désordres concomitants et on emploiera tous les moyens possibles pour les faire disparaître, — entre autres : l'amenorrhée, les hémorrhoïdes, la spermatorrhée, la dyspepsie, etc., etc.

ANEVRYSME.

Obs. CXXIII (1). — *Anévrysme de la valvule aortique, coïncidant avec un murmure systolique à la base du cœur. — Pneumonie. — Méningite.*

Commémoratif. — Margaret Lamont, âgée de 36 ans, entrée le 13 mai 1861, présente tous les signes d'une pneumonie aiguë. Cette affection date de six jours et a déja envahi tout le poumon droit, de la base au sommet. Pouls à 100, de force moyenne. On remarque que le premier bruit cardiaque est prolongé, mais il ne s'accompagne d'aucun murmure anormal. Pour tout traitement, on se contente de nourrir la malade et de lui donner un peu de vin (120 grammes par jour).

Marche de la maladie. — Les symptômes pulmonaires se sont amendés peu à peu, l'hépatisation a disparu; la percussion donne une sonorité normale, et l'auscultation fait entendre le murmure respiratoire parfaitement naturel. — *Le 22 mai*, la malade éprouve tout-à-coup une céphalalgie violente, accompagnée de nausées et de symptômes fébriles. Le pouls, à 69 par minute, est plein, régulier, mais un peu rebondissant. L'exploration de la poitrine donne les résultats suivants : légère matité sur le tiers supérieur du poumon droit, en avant; absence complète de crépitation. Le premier bruit du cœur s'accompagne, à la base, d'un murmure anormal, et, en plaçant le stéthoscope au-dessus de la clavicule droite, entre les insertions du muscle mastoïde et du trapèze, on perçoit un fort souffle en synchronisme avec le pouls. — *23 mai*. La malade éprouve, dans l'après midi, un frisson bien caractérisé. Le lendemain, la céphalalgie est encore augmentée et on diagnostique une méningite aiguë. — Le *25 mai*, on applique douze sangsues aux tempes, mais sans obtenir aucun soulagement. Le 26, refus de nourriture et délire la nuit. — *27 mai*. Coma et évacuations involontaires. — *28 mai*. Diarrhée, affaissement rapide. Mort le 29, à 7 heures du matin.

Autopsie. — Six heures après la mort.

L'hémisphère droit présente, à sa partie postérieure, deux petites taches exsudatives jaunes, semblables à du pus. Les ventricules latéraux renferment environ 60 grammes d'un liquide clair à sa partie supérieure, trouble un peu plus bas, et tout à fait purulent au fond. On ne constate pas de ramollissement du septum lucidum ni des parties centrales du cerveau. L'espace sous-arachnoïdien, à la base du cerveau, est infiltré d'une matière purulente s'étendant, en arrière, jusqu'à la partie supérieure de la moëlle allongée.

Thorax. — Le cœur offre son volume normal. Les valvules aortiques présentent une légère insuffisance. En ouvrant l'aorte, on découvre une poche comme pour y contenir une fève, d'une couleur rouge pourpre à l'intérieur, et se projetant de la valvule semi-lunaire gauche. La partie la plus proéminente de cette poche est très délicate et paraît se composer seulement d'une expansion ou d'un prolongement de l'enveloppe endocardiaque de la valvule, les autres tissus ayant été lacérés. Le sommet et même la moitié du lobe supérieur du poumon droit est condensée; à la coupe, on y reconnaît une hépatisation rouge passant à l'hépatisation grise. Un grand nombre de granulations sont extrêmement grosses et on voit quelques petits amas de pus. Le poumon gauche ne présente rien d'anormal.

Abdomen. — A l'exception de quelques kystes simples dans les ovaires, les organes abdominaux sont sains.

Commentaire. — Bien que dans mes recherches pathologiques, j'aie

(1) Recueillie par M. John Nicholson, élève du service.

rencontré plusieurs fois des anévrysmes de la valvule aortique, ce cas est le seul où des signes physiques aient été notés. A en juger d'après son aspect, cette poche était de formation récente, et tout porte à croire que le début a coïncidé avec le bruit de souffle entendu au cœur le 22 mai; le murmure était simple, synchronique avec la systole et probablement provoqué par l'obstacle rencontré par le sang, au moment où il était projeté à travers l'orifice aortique. Nous avons constaté à l'autopsie, une légère insuffisance des valvules lorsqu'on faisait refluer de l'eau par l'aorte, mais cette insuffisance ne peut pas avoir existé durant la vie. La transformation sacciforme de la valvule lui permettait encore de remplir sa fonction, aussi n'y avait-il pas de murmure anormal au second temps. Cette pièce anatomique est conservée au musée de l'Université; seulement, par suite de la délicatesse du tissu qui entre dans la formation de l'anévrysme, — toutes les tuniques de la valvule étant éraillées à l'exception de l'endocarde, — la poche s'est déchirée et présente une ouverture d'environ un centimètre de large. Cette déchirure, d'ailleurs, n'eut pas manqué de se produire dans le cours du développement naturel de la lésion, si la vie eut été prolongée suffisamment. La méningite se déclarant à la suite de la pneumonie établit une nouvelle analogie entre ce cas et celui de Murray (obs. IV) chez lequel nous avons trouvé un poumon purulent bien que l'exsudation fût en voie de disparaître. Au reste, nous aurons encore l'occasion de signaler l'importance de ce fait, lorsque nous étudierons la pneumonie.

Obs. CXXIV (1). — *Anévrysme de la branche ascendante de l'aorte. — Insuffisance des valvules aortiques. — Hypertrophie du ventricule gauche.*

Commémoratif. — Charles Watt, 31 ans, palefrenier, entré le 19 juin 1850. Depuis huit mois, il a été fréquemment dans le cas de devoir lever de lourds fardeaux et a senti plusieurs fois, dans ces occasions, une légère douleur à l'épigastre. Celle-ci, ajoute-il, est devenue, soudain, très violente, le 8 juin, et le lendemain, en marchant, il éprouva une dyspnée intense. Le 11, on lui appliqua des ventouses qui le soulagèrent beaucoup. Il a remarqué, depuis deux ans, des pulsations au cou, mais il n'en a jamais éprouvé le moindre inconvénient. Pas de dysphagie.

Symptômes a l'entrée. — La matité cardiaque mesure sept centimètres et demi en travers. La pointe du cœur bat fortement entre la cinquième et la sixième côte, à cinq centimètres au-dessous et un peu à gauche du mamelon. Un bruit de soufflet accompagne le second bruit du cœur; il est surtout distinct à la base. Le premier bruit est normal. Au côté droit du cou, immédiatement au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire, on remarque une tumeur pulsative de la grosseur d'un œuf de poule, mesurant cinq centimètres transversalement. Elle communique une forte impulsion et une vibration particulière à la main placée dessus, et l'oreille y perçoit un fort bruit de soufflet, rude, synchronique avec l'impulsion cardiaque; ce même bruit s'entend aussi en arrière sur le trajet de l'aorte descendante. Pouls à 74, régulier, dur et rebondissant; il alterne avec le battement de la pointe du cœur et est plus fort au poignet droit qu'au gauche. Douleur à l'épigastre et dyspnée après chaque effort. Aucun autre symptôme pulmonaire. Douleur fré-

(1. Recueillie par M. David Christison, élève du service.

quente à la tempe gauche s'étendant parfois au nez, de ce même côté. Vertiges quand le sujet se relève brusquement. Souvent des mouches volantes.

Marche de la maladie. — Il continue à éprouver de la douleur à l'épigastre et de la dyspnée par intervalles. De temps en temps, on fait une émission sanguine locale, ce qui le soulage chaque fois. On a appliqué aussi plusieurs vésicatoires, et, dernièrement, il a pris un peu d'aconit. Les signes physiques ne se sont aucunement modifiés, mais les symptômes concomitants les plus pénibles ont presque complètement disparu; en un mot, il se trouve si bien qu'il demande sa sortie, le 13 juillet.

Commentaire. — Nous avons diagnostiqué, chez cet homme, une insuffisance aortique en nous basant sur les mêmes signes que nous avons constatés précédemment, dans des cas semblables. Quant à l'existence de l'anévrysme de l'aorte, le gonflement manifeste, la pulsation diffuse et le bruit de soufflet synchronique avec la dilatation de l'artère laissaient peu de doute à cet égard. Restait à savoir, néanmoins, si le tronc brachio-céphalique était ou non affecté; je me suis prononcé pour la négative, par diverses raisons et notamment : 1° parce que le pouls radial à droite était plus fort qu'à gauche; 2° parce que la douleur à la tête et à la face avait pour siége uniquement le côté gauche; 3° enfin, parce que le bruit de soufflet à l'endroit de la tumeur était superficiel et se propageait en arrière le long de l'aorte descendante. Au surplus, pourrait-on ajouter, il n'y avait ni dysphagie, ni dyspnée continue, ni aucune modification du murmure respiratoire dans les deux poumons. Or les anévrysmes de la portion transverse de la crosse de l'aorte, pressent contre la partie la plus convexe de la trachée, laquelle se laisse comprimer avec moins de facilité; d'autre part, l'œsophage est bien protégé en cet endroit. Ainsi s'explique, vu le siége de l'anévrysme, comment la déglutition et la respiration n'ont jamais été embarrassées.

Obs. CXXV (1). *Anévrysme de l'aorte ascendante immédiatement au-dessus des valvules aortiques. — Insuffisance des valvules aortique et mitrale. — Hypertrophie du ventricule gauche. — Reins cireux. — Hémorrhagie pulmonaire. — Anasarque.*

Commémoratif. — Kenneth M'Kenzie, 52 ans, ouvrier de carrière, entré le 31 octobre 1853, est plus ou moins sujet aux rhumatismes depuis une douzaine d'années. Il y a neuf mois, après avoir été fortement exposé au froid et à l'humidité, il éprouva des palpitations et de la dyspnée. Depuis lors, il a eu à maintes reprises des accès de suffocation ou seulement de difficulté à respirer, avec accompagnement d'une anxiété extrême, mais sans toux ni expectoration. Il y a trois semaines, un éboulement de terres et de pierres vint le frapper entre les épaules; depuis cet accident, il éprouve de la douleur et de la raideur dans tout le corps et ses autres symptômes se sont considérablement aggravés.

Symptômes a l'entrée. — L'impulsion du cœur est diffuse et soulève spécialement les cinquième et sixième espaces intercostaux. La pointe bat fortement entre la cinquième et la sixième côte, directement au-dessous du mamelon gauche. La matité transverse s'étend du bord du sternum jusqu'à huit centimètres au côté

(1) Recueillie par MM. William Calde et Almeric Seymour, élèves du service.

externe ou gauche. A l'auscultation, on entend, à la pointe avec le premier bruit, un fort murmure rude et quelque peu musical, suivi immédiatement par le second bruit lequel est plutôt aigu et rude mais sans accompagnement d'aucun autre murmure anormal. A la base, on perçoit un souffle aux deux temps, surtout marqué vis-à-vis de l'articulation de la quatrième côte avec le sternum. Sur le trajet des gros vaisseaux, à la racine du cou, on ne distingue plus qu'un souffle simple synchronique avec le pouls radial; le maximum d'intensité de ce souffle est au-dessus de l'extrémité sternale de la clavicule. En cet endroit, on sent et même on aperçoit des pulsations manifestes, mais il n'y existe aucune tuméfaction circonscrite. De semblables pulsations se remarquent de l'autre côté, toutefois, elles sont moins distinctes. Pouls à 90, fort et un peu rebondissant. Le malade a souvent des palpitations et de la dyspnée, même lorsqu'il est dans son lit parfaitement tranquille; tout exercice un peu inaccoutumé provoque régulièrement le retour de ces mêmes symptômes. La percussion n'offre rien à noter. Au côté droit, on perçoit une inspiration rude, en arrière comme en avant. Expectoration abondante de mucosités aérées. Respiration un peu laborieuse et bruyante. Peu d'appétit, mais digestions bonnes. Céphalalgie par intervalles, vertiges fréquents et mouches volantes. Les palpitations et la dyspnée sont parfois assez intenses pour déterminer la syncope. Rien à noter du côté des autres fonctions.

Marche de la maladie. — Durant le mois de novembre, il se manifesta peu de changement dans l'état du malade; toutefois, à la faveur du repos et du traitement, les principaux symptômes s'amendèrent sensiblement. — 8 *décembre*. La nuit dernière, il est survenu de la douleur dans le côté droit de la poitrine avec difficulté de respirer. Ce matin, à l'auscultation, on entend des râles crépitants à l'inspiration laquelle est rude, et des râles sibilants et ronflants à l'expiration. La percussion et la résonnance de la voix n'offrent rien à noter. Pas de frisson ni de fièvre. — 22 *décembre*. Les accès de dyspnée ont pris de plus en plus d'intensité, au point de rendre insoutenable la position horizontale. Expectoration abondante et légèrement teinte de sang. — Le 13, on constate de l'œdème aux chevilles, et l'essai des urines y décèle beaucoup d'albumine. Pouls à 60, saccadé. — 29 *décembre*. L'œdème aux extrémités inférieures s'étend jusqu'aux cuisses, atteint le scrotum et fait chaque jour des progrès. La quantité d'urine rendue est beaucoup diminuée, ce liquide est fortement albumineux. Orthopnée la nuit, et forte dyspnée le reste du temps. Les crachats sont fortement colorés par du sang. Matité à la percussion sur le tiers inférieur du poumon droit, en arrière. — 4 *janvier*. Une anasarque générale s'est établie peu à peu; les extrémités inférieures et le scrotum sont énormément distendus. Le malade ne sait plus rester couché; il est contraint de passer la nuit appuyé sur une table. L'urine reste toujours très-peu abondante, et le pouls, quoique saccadé encore, devient chaque jour plus faible. En un mot, le malade s'affaisse graduellement et succombe le 9 *janvier*, à 11 heures du matin. Le traitement a consisté d'abord en quelques soustractions sanguines à l'aide de ventouses ou de sangsues posées sur la poitrine ou sur la région précordiale, ce qui a toujours produit un soulagement temporaire. On a administré des expectorants ou des calmants afin de favoriser l'expulsion des crachats, de diminuer la toux et de procurer un peu de sommeil. La dyspnée a été combattue par des antispasmodiques. Lorsque l'hydropisie survint, on lui opposa des diurétiques et plus tard, des purgatifs hydragogues qui produisirent un certain soulagement et diminuèrent même pour un temps l'épanchement liquide.

Autopsie. — Vingt-cinq heures après la mort.

Tête. — Épanchement considérable dans la cavité sous-arachnoïdienne. Les ventricules latéraux renferment douze grammes de sérosité limpide. Le cerveau lui-même est d'ailleurs normal.

THORAX. — Le cœur, fortement hypertrophié, pèse 850 grammes. L'hypertrophie porte surtout sur le ventricule gauche dont la cavité est dilatée et la paroi considérablement épaissie. Les valvules aortiques ont subi un certain retrait, sont épaissies et insuffisantes. La valvule mitrale présente de l'épaississement à ses bords; les cordes tendineuses sont également épaissies et raccourcies. La tunique interne de l'aorte est rugueuse et irrégulière, car elle est atteinte de dégénérescence athéromateuse et calcaire. Immédiatement au-dessus de la valvule sigmoïde située du côté du ventricule droit, se trouve une poche anévrysmale du volume d'une noix. Elle ne contient pas de caillots, elle implique toutes les tuniques de l'aorte, mais l'intérieur en est rugueux et le siége d'une dégénérescence athéromateuse. Cette dernière lésion s'étend d'ailleurs à toute la crosse de l'aorte dont la tunique interne est irrégulière. Les deux poumons sont œdémateux; le droit présente quelques extravasations de sang coagulé, formant plusieurs amas séparés, généralement du volume d'une noix.

ABDOMEN. — Les reins sont en voie de subir la dégénérescence cireuse. Les autres organes abdominaux n'offrent rien à noter.

Commentaire. — Ce cas nous fournit l'exemple d'un commencement d'anévrysme à la racine de l'aorte; toutefois, de même que le précédent, on peut le considérer comme une affection essentiellement cardiaque, puisque les signes physiques indiquaient une double insuffisance, aortique et mitrale. L'anévrysme était pourtant reconnaissable à un fort bruit de souffle unique en synchronisme avec la systole, et surtout à l'impulsion manifeste à la vue et au toucher, au-dessus de la clavicule. Cet anévrysme ne pouvait être bien développé, car la percussion ne donnait aucune matité correspondante; le malade, il est vrai, interrogé sur le point de savoir s'il n'avait jamais éprouvé de gêne dans l'acte de la déglutition, avait répondu affirmativement; cependant, nous avons pu nous assurer dans la suite qu'il n'en était rien. L'anévrysme peut avoir contribué à produire l'insuffisance des valvules aortiques, mais cette double lésion avait pour cause primitive une artérite chronique et la dégénérescence athéromateuse consécutive de la crosse de l'aorte. A quel moment s'est produite l'insuffisance mitrale? Il serait téméraire de vouloir le préciser, cependant, cette dernière lésion a dû être plus ou moins subordonnée à l'affection aortique; à sa suite vinrent l'hypertrophie du ventricule gauche et les complications pulmonaires. L'affection rénale s'est manifestée durant le séjour du sujet dans nos salles, et il n'y a pas lieu de nous étonner de l'envahissement rapide et général de l'anasarque, laquelle dans de semblables conditions ne pouvait manquer d'aboutir à une issue funeste. Le traitement, cela va de soi, a dû être purement palliatif.

OBS. CXXVI (1). *Anévrysme de la portion ascendante de la crosse aortique. Péricardite chronique. — Affection des valvules aortiques. — Hypertrophie considérable du cœur. — Anasarque.*

COMMEMORATIF. — Robert Laing, âgé de 33 ans, marié, relieur, est entré le 11 janvier 1854. Il déclare n'avoir jamais eu de rhumatisme et ne sait à quelle cause

(1) Recueillie par M. Robert Bird, élève du service.

rapporter sa maladie actuelle, il ne la fait pas remonter au delà de quatre mois; avant cette époque, il prétend s'être toujours très-bien porté. Les premiers symptômes observés furent des palpitations et de la dyspnée; de fortes pulsations dans le dos avaient aussi été remarquées par sa femme. Un mois plus tard apparut l'œdème des membres inférieurs, lequel n'a cessé de se développer depuis lors. La maladie a été traitée par des diurétiques, avec l'effet de diminuer temporairement l'hydropisie. Quelques jours avant l'arrivée du sujet à l'Infirmerie, la dyspnée s'étant exaspérée à l'extrême, on lui fit une petite saignée, à la suite de laquelle il fut un peu soulagé.

Symptômes a l'entrée. — L'impulsion du cœur est faible et diffuse; on la sent sur une grande partie du cinquième espace intercostal, mais elle est surtout distincte dans cet espace, directement au-dessous du mamelon. La matité à la percussion s'étend, à partir du mamelon gauche, en travers de la poitrine, jusque tout près du mamelon droit. D'autre part elle remonte, à gauche, jusqu'au troisième espace intercostal; au delà, la sonorité est normale. Du côté droit, la matité occupe régulièrement un espace limité par le sternum et par une ligne verticale passant par le mamelon. Les bruits cardiaques sont voilés par des râles pulmonaires; ils sont d'ailleurs faibles et on ne parvient pas à en déterminer les caractères précis. Dans les deux tiers supérieurs de la poitrine, en s'arrêtant au mamelon, on perçoit un double murmure, rude et très-prononcé, mais on ne sent aucune impulsion dans cette région. Pouls à 76, saccadé, régulier et également fort des deux côtés. A la face postérieure, la poitrine est partout sonore, et le siége de râles sibilants et de gros râles ronflants; l'expiration est très-prolongée. Dyspnée considérable; un peu de toux accompagnée d'une expectoration muqueuse et spumeuse. Les extrémités inférieures et le scrotum sont énormément distendus et conservent une fossette à la suite de la pression du doigt. L'abdomen est gonflé, on y sent de la fluctuation. La face est pâle et même un peu blême. L'appétit est très-défectueux et la soif vive. Le malade n'a de repos que sur le dos ou sur le côté droit. Il a beaucoup de difficulté à parler. L'urine est rare et comme bourbeuse.

Marche de la maladie. — 11 *au* 13 *janvier*. On a eu recours aux antispasmodiques et à des purgatifs hydragogues, puis à des sangsues sur la région précordiale; ce dernier moyen a contribué à diminuer notablement la dyspnée. Le 13 au matin, en s'éveillant, le malade appela l'infirmière et tomba immédiatement dans un état de stupeur d'où il fut impossible de le tirer. Le pouls, très faible, battait 120 fois par minute; les pupilles étaient fortement contractées. On lui administra, sans effet, de l'eau de vie et du carbonate d'ammoniaque; deux heures plus tard, il rendait le dernier soupir.

Autopsie. — Vingt-sept heures après la mort.

Anasarque très développée dans toutes les régions du corps.

Thorax. — Les veines du cou sont très engorgées et, quand on les incise, il s'en échappe une grande quantité de sang liquide. Après avoir enlevé le sternum, on découvre le péricarde s'étendant transversalement d'un mamelon à l'autre, ce qui peut équivaloir à vingt centimètres. Il contient environ 60 grammes de sérosité. Sur le feuillet viscéral, en arrière comme en avant, mais principalement sur la face antérieure du ventricule droit, on remarque des amas de lymphe ancienne, en certains endroits unie, en d'autres rugueuse et comme veloutée. Le cœur est démesurément gros; ses cavités ventriculaires, surtout la droite, sont dilatées. Les parois et le septum sont notablement plus épais qu'à l'état normal. Les valvules aortiques sont épaissies et ne s'appliquent plus contre les parois du vaisseau, à cause d'amas de matière calcaire à leur base. La tunique interne de l'aorte est partout rugueuse et épaissie, par suite de dégénérescence athéromateuse. Immédiatement au-dessus des valvules semilunaires, une poche anévrysmale se détache de l'aorte; son embou-

chure, parfaitement ronde, a un diamètre dépassant celui d'une pièce de deux francs. Au dessus de cet anévrysme, à la formation duquel participent toutes les tuniques du vaisseau, il s'en trouve un autre auquel concourent seulement les tuniques externe et moyenne. Ce dernier sac présente deux ouvertures dont l'une dépasse la largeur d'un franc et l'autre en atteint à peu près le quart; il est complétement rempli de sang coagulé. Au dehors, on voit l'anévrysme appliqué immédiatement sur l'oreillette droite; il est de forme ovale et atteint le volume d'une noix de coco. La valvule mitrale et les valvules des cavités droites du cœur ne sont le siége d'aucune altération. Les plèvres du côté gauche sont épaissies et partout adhérentes. Vers le bas du lobe supérieur, cette membrane a acquis une consistance de cartilage, sur une étendue d'environ le diamètre d'une pièce de cinq francs. Le poumon est légèrement emphysémateux à son bord antérieur. Les bronches contiennent une matière muco-purulente. Les plèvres du côté droit ne présentent aucune adhérence. Au sommet du poumon, on trouve de nombreux noyaux emphysémateux, gros comme des pois. Inférieurement et en arrière, le tissu pulmonaire s'est affaissé sur lui-même en plusieurs endroits.

Abdomen. — Le foie et les reins sont fortement congestionnés, mais ne présentent aucune altération. Les autres organes n'offrent rien à noter.

Commentaire. — L'anévrysme, dont nous avions reconnu l'existence, occupait la portion ascendante de la crosse de l'aorte, du côté droit, et avait le volume d'une noix de coco. A raison de l'étendue de la matité, nous l'avions cru beaucoup plus développé, mais cette matité dépendait en grande partie, comme nous venons de le voir, de l'hypertrophie du cœur et de la distension du péricarde. La péricardite chronique ne s'était manifestée par aucun symptôme; cependant, elle a dû contribuer à voiler les bruits du cœur, déjà fortement masqués par les râles bronchiques. Le murmure double, si intense du côté droit du sternum, tenait probablement au flux et au reflux du sang dans la première poche anévrysmale, car en supposant qu'un bruit semblable pût dépendre de la lésion de l'orifice aortique, il eût été complétement masqué par la péricardite et par la bronchite. Les complications, chez ce malade, étaient formidables, aussi succomba-t-il plutôt aux lésions cardiaques qu'à son anévrysme.

Obs. CXXVII (1). — *Anévrysme volumineux de la portion ascendante de la crosse aortique, ayant provoqué l'usure et l'absorption d'une partie de la troisième côte, et ouvert finalement dans le péricarde. — Péricardite chronique. — Insuffisance des valvules aortiques. — Hypertrophie du ventricule gauche.*

Commémoratif. — James M'Killop, 24 ans, ouvrier, entré le 12 janvier 1857, est un homme adonné à l'ivrognerie. Il rapporte qu'il y a deux ans et demi, au moment où il levait un lourd fardeau, il sentit tout à coup quelque chose qui se rompait dans le côté gauche de sa poitrine. A partir de ce moment il remarqua des battements dans cette région, toutefois, il n'en éprouva point d'autre inconvénient immédiat. Il y a environ quatre mois, il commença à ressentir de l'engourdissement dans le bras gauche. En outre, depuis une année, il a observé un développement progressif du côté gauche de sa poitrine. Il y a six semaines, il éprouva les

(1) Recueillie par M. H. Maclaurin, élève du service.

premières atteintes de la dyspnée. Celle-ci augmentait par les efforts et s'accompagna bientôt d'une toux fréquente. Quinze jours après, il remarqua un certain gonflement à la face et au cou, et ce gonflement va croissant sans cesse. Depuis six semaines il a dû abandonner son travail.

Symptômes a l'entrée. — La pointe du cœur bat entre la cinquième et la sixième côte, au-dessous du mamelon gauche et à son côté interne; l'impulsion en est faible et diffuse. Les doigts appliqués à la partie supérieure de la poitrine, à gauche, perçoivent un soulèvement particulier et même un mouvement d'expansion latérale, synchronique avec l'impulsion cardiaque. La percussion, à la hauteur du mamelon, donne sept centimètres et demi pour la matité transverse du cœur. Cette matité se continue en haut, sur un espace limité par une ligne courbe passant à droite au milieu du sternum, longeant en haut le bord inférieur de la première côte, et à gauche s'étendant jusqu'à une ligne verticale tirée par le mamelon. Cet espace mesure dix centimètres verticalement, et douze centimètres et demi en travers. Cette région est visiblement plus saillante que la région correspondante de l'autre côté, spécialement le second espace intercostal à six centimètres du sternum. L'auscultation, à la pointe du cœur, fait entendre un bruit de souffle double, mais ce bruit a évidemment son origine à la base où il est le plus intense; quant aux bruits normaux, le premier est rude et le second est comparativement doux. Dans toute l'étendue de cette tumeur mouvante, il existe un double souffle, le premier moins fort que le second. Ils sont le plus distincts vers le bord externe de l'aire de matité décrite ci-dessus, spécialement en un point situé à deux centimètres et demi au-dessus du mamelon gauche. Au niveau des deux clavicules, le souffle est simple mais rude. A la face postérieure de la poitrine, la percussion ne donne pas de matité correspondante. En appliquant la main à la base des deux poumons, on perçoit un frémissement à l'inspiration, plus marqué du côté gauche. A l'auscultation, on entend un double murmure sur tout le côté gauche du dos, mais plus distinct entre la colonne vertébrale et le bord de l'omoplate. Pouls radial à 108, petit mais fort, sans différence entre les deux artères. Les deux veines jugulaires externes sont distendues, si bien même qu'on y peut reconnaître les points où s'insèrent des valvules. L'auscultation des poumons fait entendre des râles sonores rudes et quelques râles humides. L'expiration est très prolongée. Il y a du chatouillement au larynx et parfois une toux aigre et éclatante; expectoration muqueuse, peu abondante; forte dyspnée, surtout à la suite d'un exercice un peu actif; douleur dans le côté gauche de la poitrine et dans l'épaule, s'accompagnant d'engourdissement dans le bras gauche; sommeil interrompu; pupilles normales; affaiblissement général; œdème considérable de la face, du cou et de la poitrine, mais rien au delà; paupières bouffies; peau chaude; appétit conservé; déglutition facile. Les fonctions digestives, urinaires et autres s'accomplissent comme à l'ordinaire. *Appliquer huit sangsues sur la tumeur, au côté gauche de la poitrine.* Prendre ensuite toutes les deux heures une cuillerée de la potion suivante : Prescr. *Ether sulfurique alcoolisé; esprit d'ammoniaque aromatique, de chaque 4 grammes. Teinture de cardamome composée, 12 grammes. Eau, 75 grammes. M.*

Marche de la maladie. — 17 *janvier*. Les sangsues ont produit peu de soulagement et l'on a de nouveau tiré 150 grammes de sang à l'aide de ventouses scarifiées, après lesquelles le malade s'est senti mieux. L'œdème de la face a même un peu diminué. — 22 *janvier*. Il se plaint d'une douleur qui le traverse de la tumeur jusque dans le milieu du côté gauche du dos; saignée de 500 grammes. — 24 *janvier*. La saignée portée à 550 grammes a produit un soulagement instantané; la douleur et une sorte de frémissement dans le bras gauche ont disparu entièrement; cependant la douleur s'est fait sentir de nouveau aujourd'hui. Pouls à 100, vif. Pas de changement dans les autres symptômes. *Administrer, le soir, 30 grammes d'une mixture composée de morphine et d'éther.* — 27 *janvier*. La douleur persiste. La

dyspnée et la toux augmentent encore. Œdème plus prononcé à la face et au cou. *Ventouses scarifiées sur la tumeur et soustraction sanguine de* 180 *grammes.* — 2 *Février.* Les ventouses ont amené, un grand soulagement. Le malade se plaint de chatouillement dans le larynx. La tumeur remonte un peu plus haut, et ses pulsations sont très distinctement perçues sur le côté du sternum, vis-à-vis de la seconde côte. Pr. *Teinture de lobelia inflata*, 8 *gram. Solution de chlorhydrate de morphine*, 4 *gram. Eau*, 180 *gram. M.* En prendre trois cuillerées dans la nuit. Le sujet est mort subitement, le 8, à 7 heures du soir, sans qu'il y ait eu auparavant aucune aggravation dans les symptômes.

Autopsie. — *Trente-deux heures après la mort.*

Corps non amaigri. Le côté gauche du thorax est plus proéminent que le droit.

Thorax. — Les parois sont le siége d'un certain œdème, surtout du côté gauche. En retroussant les parties molles, on remarque une saillie manifeste de la région mammaire gauche, où il existe une tumeur arrondie mesurant au-moins six centimètres de diamètre. Le péricarde est fortement distendu et contient plus de 600 grammes de sang. Le péricarde entoure en outre un anévrysme se détachant de la portion ascendante de l'aorte, immédiatement au dessus des valvules semi-lunaires et de l'origine des artères coronaires. L'aorte, au-dessous de ce point, n'est pas dilatée. Le sac anévrysmal semble, à sa face antérieure, se diviser en deux lobes; le gauche, beaucoup plus développé que le droit, atteint le volume d'une noix de coco; il se dirige en haut et en avant; son plus grand diamètre est parallèle avec la paroi thoracique à laquelle il adhère dans sa plus grande partie. Le lobe droit a la grosseur d'un œuf de dinde, se dirige en arrière et un peu en bas ; son grand diamètre est presque parallèle à la base du thorax. L'extrémité antérieure de ce second lobe est écartée au moins de cinq centimètres de la paroi thoracique. En arrière cette sorte de division s'efface, et on ne voit plus qu'un seul et vaste sac divisé en deux compartiments par l'aorte. La poche de gauche se trouve adhérer à la paroi du sternum, entre les articulations de la deuxième et de la quatrième côte, ainsi qu'aux deuxième, troisième et quatrième cartilages costaux et même à une partie des côtes. Dans cet espace, mesurant environ quinze centimètres en travers et dix centimètres dans le sens vertical, la paroi du sac n'est aucunement séparée de la paroi thoracique, au contraire, le doigt introduit dans la poche rencontre en divers endroits correspondant au point le plus saillant à l'extérieur, une surface rugueuse et dure qui est simplement l'os dénudé. Extérieurement, il existe un vide dans la paroi de la poitrine, produit par l'absorption d'une portion notable de la troisième côte en dehors de son point de soudure avec le cartilage. Les nerfs récurrents sont déplacés et tendus, spécialement le gauche, par suite du refoulement en arrière de la portion transverse de la crosse de l'aorte. Il s'est fait une rupture de l'anévrysme dans le péricarde, à l'endroit le plus déclive du lobe gauche correspondant au bord droit du sternum entre ses points de jonction avec les cinquième et sixième cartilages costaux, mais à environ cinq centimètres derrière. Cette ouverture a la forme d'une fente longue d'un bon centimètre, située immédiatement au-dessus de l'oreillette droite. A l'intérieur du sac se trouvent quelques caillots libres ; mais en quelques endroits on remarque des couches irrégulières assez denses de fibrine décolorée, adhérentes aux parois. Le cœur est refoulé en bas et en arrière, séparé de la paroi thoracique par la plus grosse des deux poches, de sorte que sa base est au niveau du bord inférieur de la quatrième côte, mais à treize centimètres plus en arrière. Cet organe est fortement hypertrophié ; comme on tient à conserver la pièce anatomique on ne le détache point pour le peser. L'hypertrophie affecte en particulier le ventricule gauche. La surface extérieure du cœur est rugueuse et revêtue d'une couche d'exsudat ancien, offrant un aspect velouté ; cet exsudat est surtout abondant sur le ventricule gauche. Nulle

part, le péricarde n'est adhérent. Les valvules aortiques sont manifestement insuffisantes, opaques, épaissies et rétractées. Sur la portion transversale de la crosse de l'aorte, entre la naissance du tronc brachio-céphalique et la carotide gauche, et empiétant déjà sur ces deux vaisseaux, il existe un petit anévrysme commençant, de la grosseur d'une forte aveline. La tunique interne de l'aorte thoracique et abdominale est un peu athéromateuse. Le larynx est parfaitement normal. La bronche droite était comprimée au point d'adhérence entre le poumon et la plus petite poche. Les deux poumons sont absolument sains. La plèvre droite contient trois quarts de litre de sérosité limpide.

Abdomen. — Il n'offre rien à noter.

Commentaire. — La tumeur anévrysmale de cet homme, en se développant dans le côté gauche, avait fini par donner lieu à un gonflement visible à l'extérieur. Cette tumeur était plus volumineuse mais aussi plus ancienne que celles dont l'histoire vient d'être faite. De plus, la pression continue exercée directement contre la paroi thoracique finit par provoquer une carie avec absorption interstitielle des os. D'un autre côté, la pression exercée en arrière sur la bronche et sur le nerf récurrent était la cause de cette toux rauque et de ce chatouillement dans le larynx, dont le malade s'est plaint si souvent. Bien que les valvules fussent insuffisantes, le double bruit de souffle constaté à l'auscultation avait évidemment son origine dans l'anévrysme, puisque, d'ailleurs, il était perceptible dans le côté gauche du dos. A la racine du cou au-dessus des clavicules, le souffle redevenait simple, mais il tenait à une seconde dilatation de l'aorte entre l'origine du tronc brachio-céphalique et l'artère carotide gauche. Comme chez le sujet de l'obs. CXXVI, il existait une péricardite chronique en l'absence de toute manifestation symptomatique. Il est un fait pratique sur lequel je veux encore appeler votre attention, c'est le soulagement si bien marqué, à la suite des petites soustractions sanguines; la raison de cet effet n'est pas facile à donner. Inutile de faire observer que ces émissions sanguines ne sauraient influer en rien sur la maladie en elle-même, laquelle n'en poursuit pas moins sa marche fatale. (Voir l'obs. LXXXV où il est aussi question d'un anévrysme thoracique ouvert dans la plèvre.)

Obs. CXXVIII (1). *Anévrysme variqueux de l'aorte ascendante, communiquant avec l'artère pulmonaire. — Ictère. — Foie muscade.*

Commémoratif. — Alexandre Calder, 33 ans, professeur particulier, entré le 11 juin 1853, s'était toujours bien porté jusque dans les premiers jours du mois de février dernier. Il commença alors à sentir de la douleur au-dessous du cartilage ensiforme; cette douleur qu'il compare à la piqure d'une épingle dura une semaine. Une quinzaine plus tard, en marchant très vite, il sentit comme une déchirure à l'endroit où il avait éprouvé précédemment de la douleur; ce phénomène l'obligea à ralentir le pas et laissa à sa suite un sentiment de faiblesse. Cette même faiblesse le força à abandonner ses occupations durant une quinzaine de jours, après quoi il recommença, mais sans être nullement rétabli. Durant les deux mois qui suivirent, il expectora un peu de sang, à diverses reprises, et éprouva des palpitations au

(1) Recueillie par M. Robert Byers, élève du service.

cœur. Vers la mi-avril, il perdit du sang par les selles (150 à 250 grammes à chaque garde-robe, durant trois jours), ce qu'il prit pour de la dysenterie. Depuis longtemps il était atteint d'hémorrhoïdes. Vers cette même époque, les pieds commencèrent à se gonfler et le ventre à prendre du développement, cet état de choses ne s'est guère modifié depuis lors. Dans ces derniers temps, les palpitations ont augmenté, il est survenu de la dyspnée, une toux pénible, et parfois aussi des vomissements.

Symptômes a l'entrée. — La matité cardiaque est de sept centimètres et demi en travers. L'impulsion du cœur est diffuse, forte et irrégulière. A l'auscultation, on entend un souffle doux à la pointe, accompagnant le premier bruit ; le second bruit semble éloigné quoique normal. A la jonction du troisième cartilage avec le sternum, le premier bruit cardiaque est intense, prolongé et soufflant ; le second est bref, brusque et râpeux. A la poignée du sternum, il existe un souffle rude, continu, occupant la période de deux bruits normaux. Ce même souffle est encore perceptible sous les deux clavicules et à droite de la poignée du sternum, seulement, dans cette dernière situation, il est plus doux et semble plus éloigné. Pouls à 70, irrégulier, mais de force normale. L'ascension des escaliers détermine une forte dyspnée et un peu de toux. Le murmure respiratoire est rude sur la face antérieure de la poitrine, cependant l'auscultation et la percussion ne fournissent aucun indice d'une affection pulmonaire. Sensibilité douloureuse à l'épigastre, sous la pression. Langue nette. Un ou deux vomissements chaque jour à la suite d'accès de toux. Abdomen un peu développé, toutefois le palper et la percussion n'y font rien découvrir d'anormal. Les pieds, les jambes et les cuisses sont fortement œdématiés et conservent longtemps l'impression du doigt. Urines peu abondantes et foncées en couleur ; elles contiennent des urates en excès, mais pas d'albumine ; leur pesanteur spécifique s'élève à 1025. Les autres fonctions s'accomplissent régulièrement. Le malade a pris une quantité de remèdes : tout un temps c'étaient des purgatifs diastiques, ensuite ce furent les plus énergiques diurétiques ; tous ces médicaments ont produit un soulagement temporaire. On prescrit : *Esprit d'éther nitrique*, 8 *grammes. Teinture de jusquiame*, 8 *grammes. Acétate d'ammoniaque liquide*, 60 *grammes. Eau*, 180 *grammes. M. Prendre* 30 *grammes de cette potion, trois fois par jour.*

Marche de la maladie. — 16 *juin.* Le repos et la tranquillité dont jouit le malade paraissent lui avoir profité, cependant, il dort peu. Prescr. *Éther sulfurique alcoolisé*, 0,90 *centigrammes. Solution de chlorhydrate de morphine*, 1 *gramme* 20 *centigrammes. Eau*, 30 *grammes. M.* A prendre en une fois, au moment du coucher. — 19 *juin.* La respiration s'embarrasse et l'œdème des extrémités inférieures fait des progrès. La toux devient plus violente et tous les repas sont rendus. Pouls à 100, faible. Prescr. *Éther nitrique alcoolisé*, 4 *grammes. Solution de chlorhydrate de morphine*, 4 *grammes. Mixture camphrée*, 15 *grammes. M. En prendre la moitié à 5 heures du soir et le restant au moment du coucher.* — 21 *juin.* Depuis deux jours, la peau a pris graduellement une teinte ictérique ; les traits de la face sont tirés et expriment l'anxiété ; le pouls est faible et donne 128 pulsations à la minute. Les vomissements ont cessé à la suite du dernier médicament, mais il y a répulsion pour toute nourriture et pour les stimulants. Prescr. *Carbonate d'ammoniaque*, 0,50 *centigrammes ; Teinture de cardamome composée*, 8 *grammes ; Mixture camphrée*, 15 *grammes. M. En prendre la moitié tout de suite et le reste dans une heure.* — 22 *juin.* Le malade continue à s'affaisser en dépit de l'alimentation et du large emploi des stimulants. Il meurt le 23, à deux heures et demie du matin.

Autopsie. — Trente-quatre heures après la mort.

Aspect extérieur. — La peau de tout le corps et les conjonctives sont teintées en jaune ; les extrémités inférieures sont œdématiées et plusieurs phlyctènes

remplies d'une sérosité sanguinolente sont disséminées sur le tronc et sur le haut des cuisses.

Thorax. — Le péricarde est naturel et renferme un verre à liqueur de sérosité foncée. Au moment où on ôte le cœur, on aperçoit une saillie entre l'aorte et l'artère pulmonaire, et, à première vue, on dirait qu'elle part de ce dernier vaisseau. Elle est de forme arrondie et un peu moins forte qu'une chataigne; cependant, le doigt introduit dans l'aorte arrive jusqu'à l'intérieur de cette tumeur, c'est donc une poche anévrysmale de la racine de l'aorte. Un filet d'eau versé dans ce dernier vaisseau, de manière à en diriger le courant vers le cœur, s'échappe rapidement par le ventricule, mais bientôt, les valvules semi-lunaires se laissent tendre et empêchent l'eau de les franchir, preuve qu'il n'y a pas d'insuffisance. Après avoir fendu longitudinalement l'aorte, on voit le point d'origine de l'anévrysme, immédiatement au-dessus des valvules semi-lunaires. L'ouverture de communication avec l'artère est circulaire et un peu plus grande qu'un franc. Le sac lui-même est de forme irrégulièrement arrondie, et son plus grand diamètre (de haut en bas) mesure cinq centimètres; l'intérieur pourrait contenir une noix, il est vide et ne renferme par la moindre trace de caillot. En examinant bien cette tumeur, on découvre au sommet une seconde ouverture qui la met en communication avec l'artère pulmonaire. Le sac, nous venons de le voir, est étroitement appliqué contre ce dernier vaisseau.) Cette communication plus visible du côté de l'artère pulmonaire, est de forme ovale et a environ huit millimètres de long et trois millimètres de large; les bords en sont légèrement arrondis. Elle est située en travers de l'axe du vaisseau, à environ trois centimètres au-dessus des valvules semi-lunaires. Toutes les valvules du cœur sont intactes. Le ventricule gauche a subi une certaine dilatation, et ses parois ont conservé leur épaisseur naturelle. Le ventricule droit est aussi un peu dilaté, mais les parois en sont manifestement hypertrophiées. Le cœur pèse 480 grammes. Les poumons contiennent à l'intérieur un certain nombre de taches de sang récemment extravasé et renfermé dans les cellules aériennes.

Abdomen. — Cette cavité contient de cinq à six cents grammes de sérosité trouble. Le foie présente à la coupe une congestion générale des capillaires du système de la veine porte, ce qui lui donne l'aspect que l'on a comparé à celui de l'intérieur de la noix muscade. La rate, les reins et les autres organes abdominaux ne sont le siége d'aucune lésion.

Commentaire. — Les cas d'anévrysmes communiquant avec l'artère pulmonaire sont extrêmement rares, et les signes physiques auxquels ils donnent lieu, n'ont encore été signalés que dans trois observations à ma connaissance. Thurnam (1) en a réuni cinq exemples, mais dans un seulement les bruits ont été observés avec soin. Ce dernier cas a été publié par le Dr Hope (2), il lui avait été communiqué par le Dr David Monro, d'Edimbourg. Dans ce cas, le volume de l'anévrysme n'est pas indiqué, il est qualifié vaguement de « gros, » mais « il était en communication, au moyen de deux ouvertures, avec l'artère pulmonaire; dans la plus large on aurait pu introduire la pulpe du petit doigt, et dans l'autre une plume de corbeau. Les bords de ces deux orifices étaient réguliers, arrondis et cartilagineux. Du côté de la crosse de l'aorte, existait une troisième petite ouverture à bords minces, déchiquetés. » « Toutes les valvules étaient saines, à l'exception de la valvule semi-lunaire correspondant

(1) *Medico-chir. Trans.*, vol. XXXIII, p. 349 et suiv.
(2) *Diseases of the Heart*, 3e édit., p. 409.

à l'ouverture de communication aortique laquelle était épaissie. Jusqu'où allait cet épaississement, produisait-il de l'insuffisance? Aucun renseignement à cet égard; seulement on ajoute que « le premier bruit s'accompagnait d'un souffle intense, plus distinct au milieu du sternum mais perceptible dans toute l'étendue de la poitrine en avant, et en arrière, des deux côtés de l'épine dorsale. Le second bruit normal était court et notablement obscurci par le premier. » Cette description donne à penser que le bruit de souffle était synchronique avec la contraction ventriculaire, et qu'il était dû au passage de l'ondée sanguine à travers l'ouverture déchiquetée de l'aorte, pour pénétrer ensuite de l'intérieur de la poche anévrysmale dans l'artère pulmonaire; ce souffle ne provenait donc point de l'affection valvulaire. Dans un autre cas relaté par le professeur Smith de Dublin, (1) l'artère pulmonaire communiquait avec l'aorte par une petite ouverture à l'origine de ce dernier vaisseau. Les bords de cette ouverture étaient épaissis et arrondis. Il existait une dilatation de l'aorte à l'endroit de l'ouverture et des signes manifestes d'artérite. Les orifices auriculo-ventriculaires étaient intacts. Un fort bruit de souffle accompagnait le premier bruit du cœur, et un frémissement cataire intense était perceptible dans toute l'étendue de la région cardiaque. Où ce bruit de souffle était-il le plus intense? On ne le dit pas, et il serait impossible de décider s'il dépendait du frottement de l'ondée sanguine au moment où elle traversait l'aorte dans le point où elle était dilatée et rugueuse, ou bien s'il se produisait au moment du passage du sang à travers l'orifice de communication entre les deux vaisseaux. Il n'est pas fait mention du caractère du second bruit du cœur. Le frémissement cataire était peut-être occasionné par l'écoulement rapide du sang à travers l'étroite ouverture de l'anévrysme. Un frémissement de ce genre a été observé par M. Thurnam et par les Drs Williams et Hope, dans un cas d'anévrysme de l'aorte communiquant avec le ventricule droit du cœur par deux *petites* ouvertures arrondies. Il me paraît peu probable que ce bruit puisse se produire avec de larges ouvertures.

Dans l'état actuel de nos connaissances, concernant les signes qui accompagnent l'anévrysme variqueux de l'aorte en communication avec l'artère pulmonaire, le cas de Calder me paraît avoir une grande importance, car les signes physiques ont été observés avec beaucoup de soin et ont été notés sous ma dictée par l'élève du service, au chevet du malade. Ils étaient d'ailleurs assez énigmatiques, car la conclusion suggérée par le bruit double perçu à la base du cœur, — lequel dans les circonstances ordinaires eut indiqué une affection aortique avec rétrécissement, — cette conclusion était infirmée par cet autre fait que le second bruit était distinctement perceptible à la pointe, parfaitement clair et normal. En outre, la manière dont la maladie avait commencé, l'anasarque indice d'un embarras de la circulation, la dyspnée et l'irrégularité du pouls, té-

(1) *Dublin Journal of Medical Science*, vol XVIII, p. 164; et Stokes *On the Diseases of the Heart and Aorta*, p. 354.

moignaient d'une grave lésion du cœur, bien que sa nature demeurât profondément obscure, d'autant plus qu'on n'avait constaté aucune vibration ni aucune sorte de frémissement. Le genre de lésion et la nature des bruits anormaux ne tardèrent pas à s'expliquer, à l'ouverture du cadavre. Toutes les valvules étaient intactes, par conséquent le souffle double devait provenir exclusivement du flux et du reflux du sang à travers l'ouverture de communication entre l'anévrysme et l'artère pulmonaire. Ce souffle atteignait sa plus grande intensité vis-à-vis de cette communication, à la jonction du troisième cartilage costal gauche avec le sternum. A mesure que l'oreille s'écartait de ce point vers le haut, ce bruit devenait continu; mais inférieurement, à la pointe du cœur, on n'entendait plus que le souffle systolique, coïncidant avec le claquement naturel des valvules semi-lunaires. La dimension de la déchirure ou de l'orifice de communication explique l'absence de bruissement ou du frémissement cataire. Ces faits me paraissent de la plus haute importance, car ils serviraient sûrement à établir le diagnostic d'une semblable lésion, lorsque les valvules sont restées intactes. Si, comme il arrive fréquemment, celles-ci sont malades, il y aura toujours une excessive difficulté pour ne pas dire impossibilité de constater un anévrysme de cette nature sur le sujet vivant. Aussi M. Thurnam, dans son excellent mémoire, me semble-t-il un peu trop confiant à cet égard.

Les autres phénomènes observés chez notre malade s'expliquent aisément, si l'on réfléchit à ce qui doit arriver lorsqu'une quantité considérable de sang est chassée de l'aorte à travers une large ouverture dans l'artère pulmonaire, et que ce sang est ainsi renvoyé aux poumons sans avoir parcouru le cycle de la grande circulation. Comme l'observe M. Thurnam, les conséquences qui résultent de là, se rapportent à l'une ou à plusieurs des trois circonstances suivantes : 1° diminution de la masse du sang dans la grande circulation et, par suite, pouls faible et parfois saccadé, débilité, tendance à la syncope et abaissement de la chaleur animale; 2° retard dans le retour du sang veineux des parties éloignées, et, comme conséquence, congestion veineuse du foie, des membranes muqueuses et des extrémités, en même temps engorgement avec dilatation des cavités droites du cœur, et par suite encore, épanchements hydropiques et spécialement anasarque; 3° stimulation excessive des poumons par l'afflux d'un sang artériel au lieu d'un sang purement veineux, de là : dyspnée, toux, congestion pulmonaire et extravations sanguines. Ces divers effets se sont montrés chez notre malade.

Un coup d'œil rétrospectif sur les faits et phénomènes observés dans ce cas et dans d'autres analogues vous convaincra assurément de cette vérité que les purgatifs drastiques et les diurétiques, quelque soulagement qu'ils puissent apporter, ne sauraient produire aucun amendement durable. Au reste, toutes les fois qu'une anasarque est sous la dépendance évidente d'une maladie organique, il me semble que les agents les plus doux seront ceux auxquels on devra se borner; on se gardera surtout, en les employant,

d'affaiblir les forces du malade, et de cette façon, on arrivera à prolonger sa vie aussi longtemps que possible.

Depuis la publication des réflexions qui précèdent, dans la troisième édition de ce livre, un autre cas a été diagnostiqué durant la vie et observé avec soin par le Dr Wade, de Birmingham. Il a fait l'objet d'une communication à la société Médico-Chirurgicale de Londres, le 11 juin 1861 (1). Il s'agit d'un homme, âgé de 35 ans, lequel, environ quinze jours avant son arrivée à l'hôpital, avait fait un effort brusque et violent ayant déterminé une syncope momentanée, et cela sans offrir de symptôme cardiaque bien marqué. Voici, d'ailleurs, un extrait de cette observation :

Examen physique. — Matité cardiaque augmentée dans le sens vertical. On peut voir et sentir la pointe du cœur battre dans le sixième espace intercostal. Sur le cartilage de la quatrième côte gauche, un fort murmure anormal remplace pour ainsi dire les deux bruits naturels; au second temps, c'est une sorte de sifflement qui se prolonge jusqu'au commencement du premier bruit du cœur; quant au second bruit, on ne l'entend pas du tout en cet endroit. Tressaillement marqué coïncidant avec le second temps. Premier murmure, un fort bruit de soufflet. Les deux murmures s'entendent jusque sur les carotides et à la partie supérieure de la poitrine. A la pointe du cœur, murmure simple avec le premier bruit; second bruit cardiaque bien distinct. Pas de distension veineuse. Tressaillement dans les carotides dont les pulsations sont visibles. Râles muqueux à la partie postérieure des deux poumons. Foie hypertrophié.

La combinaison de ces données fit tirer au Dr Wade les conclusions suivantes : 1° le sang s'échappe soit de l'aorte, soit de l'artère pulmonaire durant leur systole; 2° il est probable que c'est de l'aorte que le sang s'échappe; 3° il n'y a pas de régurgitation dans l'un ni dans l'autre ventricule; 4° le sang reflue dans une des oreillettes ou encore dans l'artère pulmonaire; 5° il ne reflue pas dans l'oreillette gauche; 6° l'ouverture est dans l'artère pulmonaire plutôt que dans l'oreillette droite; 7° la communication est probablement due à une perforation anévrysmale de l'aorte à son origine ou tout près de là.

Le 14 juin, cet homme fut saisi d'évanouissement et d'un trouble cardiaque violent; cet état de choses persista jusqu'à la mort arrivée le 28. L'autopsie révéla un anévrysme du volume d'un petit œuf de poule, tout proche de la racine de l'aorte, avec une première ouverture arrondie, lisse, épaissie, établissant une communication avec l'artère pulmonaire à son point d'origine, et une seconde ouverture ou fissure déchiquetée évidemment de formation récente dans le ventricule droit. Les valvules étaient toutes intactes.

Cette nouvelle observation contribuera avec celle de Calder, à établir le diagnostic physique de cette lésion peu commune. Dans les deux cas,

(1) *Brit. Med Journal*, 6 juillet 1861.

nous retrouvons les mêmes signes, notamment un bruissement remplaçant les deux bruits à l'endroit de l'anévrysme, tandis que le premier et le second bruit du cœur s'entendaient comme à l'état normal à la pointe et à la racine des carotides.

Obs. CXXIX (1). — *Anévrysme du tronc bachio-céphalique.*

Commémoratif. — Catherine Syme, 56 ans, couturière, entrée le 2 mai 1853, dit avoir eu toute sa vie des habitudes de régularité et de tempérance. Il y a quinze ans, elle eut une attaque de rhumatisme articulaire aigu, dégénéré ensuite en un rhumatisme chronique, ce qui la mit hors d'état de travailler pendant dix-huit mois. Depuis six ans, elle éprouve fréquemment des vertiges et des étourdissements accompagnés de bruits intenses, comme si elle était auprès d'une machine en mouvement. Une nuit, il y a quatorze mois, elle fut saisie d'un accès de dyspnée allant presque jusqu'à la suffocation et accompagné de râles bruyants à l'inspiration; cet accès dura environ huit minutes. Trois mois après, un second accès du même genre, mais moins fort, survint également la nuit pendant le sommeil. Elle observa alors que sa voix devenait rauque; quelques mois plus tard elle éprouva de la difficulté à avaler, en un point correspondant à l'extrémité supérieure du sternum. Au commencement de janvier 1853, après avoir été exposée à un froid intense, la dyspnée revint chaque matin, s'aggravant de jour en jour et se terminant d'ordinaire par l'expectoration d'une petite quantité de mucus. En même temps se déclarèrent des palpitations et souvent des soubresauts durant le sommeil. Il y a huit jours, tous ces symptômes s'aggravèrent encore, au point qu'elle dut garder le lit.

Symptômes a l'entrée. — La matité cardiaque mesure cinq centimètres transversalement. La pointe bat entre la cinquième et la sixième côte, un peu en dedans du mamelon. L'impulsion cardiaque, bien qu'un peu diffuse, est rythmique et suffisamment énergique. Un bruit de souffle accompagne les deux bruits du cœur et ces deux souffles ont leur maximum d'intensité, le premier à la pointe et le second à la base de l'organe. Immédiatement au-dessus et un peu au côté externe de l'articulation sterno-claviculaire droite, on remarque une tumeur pulsative de la grosseur d'un œuf de poule. On la sent se perdre sous les points d'attache du muscle sterno-cléïdo-mastoïdien. Elle présente un contour nettement arrondi et recouvre la trachée artère un peu en avant, immédiatement au-dessus du bord supérieur du sternum. Au toucher on y sent une impulsion forte et diffuse, et l'oreille y perçoit un bruit clair, fort et brusque, synchronique avec le second bruit du cœur. Le pouls est régulier, à 106 par minute, également fort aux deux poignets. Il survient de temps en temps une toux paroxysmale, rude, prolongée et offrant un éclat métallique particulier; elle est toujours plus intense le matin et s'accompagne alors d'une forte dyspnée et de râles très bruyants à l'inspiration. L'expectoration est peu abondante et gélatineuse, contenant des traces de pus. Voix rauque et faible. La poitrine, partout sonore à la percussion, ne présente de voussure exagérée en aucun point. Murmures respiratoires très faibles, mais normaux; expiration très prolongée. Appétit diminué. Quand la malade avale des aliments solides, elle dit que le bol alimentaire lui semble rencontrer un obstacle en un point correspondant au bord supérieur de la poignée du sternum. L'expression de la figure marque l'anxiété, la face est livide et les veines superficielles de la poitrine et de la partie inférieure du cou sont très développées et turgescentes. Le sommeil est agité et aisément interrompu. Rien à noter du côté des autres fonctions.

(1) Recueillie par M. Robert Brown, élève du service.

Digitized by Google

Marche de la maladie. — Les symptômes décrits ci-dessus persistèrent avec certaines rémissions jusqu'au 20 *juin*. Ce jour-là, on constata que le bruit de souffle synchronique avec le second bruit à la base du cœur était beaucoup moins net, et que le souffle du premier temps à la pointe était remplacé par un autre au second temps. Les veines de la partie supérieure de la poitrine se sont encore développées. — Le 6 *juillet*, un examen très attentif fournit les résultats suivants : pouls à 88, mou, égal aux deux artères radiales; impulsion très forte dans la tumeur; à l'auscultation, on y entend maintenant deux bruits, dont le second est fort, brusque et excessivement clair, il n'y a plus de bruit de souffle. Ces bruits diminuent graduellement d'intensité à mesure que le stéthoscope s'approche du bord gauche de la poignée du sternum où l'on entend seulement les deux bruits cardiaques tout à fait normaux. A mesure que l'instrument est descendu vers la pointe du cœur, le second bruit prend graduellement le caractère d'un souffle doux, intense et bien distinct à la pointe. Le premier bruit reste parfaitement normal. En arrière, au-dessus de l'omoplate droite, les bruits produits dans la tumeur s'entendent comme à distance, se perdent peu à peu en se rapprochant de la ligne médiane et deviennent tout à fait imperceptibles sur la colonne vertébrale. — 8 *juillet*. Depuis quelques jours, la dyspnée du matin est devenue très pressante et la toux plus rude, avec un éclat métallique prononcé. Ce matin, le paroxysme a duré quinze minutes, et actuellement encore, à la visite, la respiration est bruyante, laborieuse et précipitée; la dyspnée continue avec une certaine intensité et il survient de violents accès de toux, à de courts intervalles. L'expectoration est difficile. La voix est faible et les traits expriment une grande anxiété.

Dans le but de combattre ces symptômes, M. Syme entreprit de faire la trachéotomie, mais après avoir fait deux incisions à travers la peau et la couche adipeuse sous-cutanée, il se produisit une hémorrhagie veineuse si abondante qu'il dût appliquer des ligatures sur les plus grosses veines et renonça à continuer son opération. — 9 *juillet*. La perte de sang a été suivie d'un soulagement marqué et la nuit a été passable. On entend maintenant un double bruit de souffle à la pointe comme à la base du cœur; celui du second temps est plus fort à la pointe, et celui du premier est surtout marqué vis à vis du cartilage ensiforme. — 12 *juillet*. La nuit dernière, vers onze heures et demie, il survint un accès de dyspnée des plus violents, avec menace de suffocation. Le chirurgien résident, le Dr Dobie, acheva l'opération commencée par M. Syme et parvint à introduire une canule de calibre moyen dans le larynx et la trachée, après avoir incisé le cartilage cricoïde. L'opération a été suivie d'un soulagement immédiat et la malade continue d'être mieux, bien qu'elle respire encore avec difficulté à travers la canule. La face est livide et inquiète, les extrémités sont froides, le pouls faible et filiforme, une sueur visqueuse se répand par tout le corps. Enfin la malade, après s'être affaissée graduellement, meurt à onze heures et demie, dans la nuit du 14. La respiration s'était de nouveau embarrassée par suite de la difficulté de l'expectoration. Immédiatement avant d'expirer elle rejeta, à travers le tube, environ trente grammes d'un pus fétide, d'un gris foncé et de consistance d'une crème épaisse.

Le traitement institué, eut pour but, dans tout le cours de maladie, de diminuer la toux et l'expectoration à l'aide de calmants ou bien d'expectorants, et d'amoindrir les accès de dyspnée au moyen d'excitants diffusibles. On eut recours aussi aux ventouses et à des applications de sangsues sur le devant de la poitrine, et pour un temps ces moyens procurèrent un soulagement incontestable. Les chirurgiens de l'hôpital furent unanimement d'avis que l'anévrysme ne comportait aucune intervention chirurgicale. Dans les derniers moments, on discuta l'opportunité de la trachéotomie ou de la laryngotomie, à titre de palliatif, et finalement on se résolut à essayer de ce dernier moyen; nous venons de voir quel en fut l'effet.

Autopsie. — Treize heures après la mort.

Les bords de la plaie du larynx sont épaissis, et les muscles avoisinants sont décolorés et infiltrés de pus.

Thorax. — Le cœur, l'aorte, et les parties en rapport avec l'anévrysme sont enlevés *en masse* et ensuite disséqués avec soin. Le cœur et ses valvules sont intacts, à l'exception d'un léger épaississement d'une des valvules semi-lunaires de l'aorte. La crosse de l'aorte, immédiatement au-dessus des valvules, est le siége d'une dilatation considérable, et tout son intérieur est parsemé d'un grand nombre de plaques athéromateuses et calcaires. Le tronc brachio-céphalique dans son entier forme un renflement anévrysmal de forme ronde, un peu aplatie, ayant un diamètre de sept centimètres et demi au moins. La trachée est refoulée à gauche, comme on le voit dans la figure ci-jointe; ainsi l'incision pratiquée dans la ligne médiane était à trois millimètres de l'anévrysme. La tumeur en pressant sur le côté droit de la trachée y produisait une saillie à l'intérieur, et, partant, une réduction proportionnelle du calibre. Le tronc veineux brachio-céphalique gauche en grande partie oblitéré, contenait un caillot ramolli ressemblant à du pus et communiquant par une petite ouverture dans le sac anévrysmal avec une portion du caillot lamelleux qui en occupe environ les trois quarts de la cavité interne. L'ouverture de communication de l'anévrysme avec l'aorte a au moins la dimension d'une pièce de deux francs; elle est circulaire et à bords tranchants. Les nerfs situés derrière la tumeur sont rougeâtres et généralement hypertrophiés; ils adhèrent intimement à la paroi postérieure. Le nerf laryngé supérieur est intact, vu sa situation au-dessus de la tumeur; quant au nerf laryngé inférieur, il est comprimé et enseveli dans du tissu cellulaire épaissi. La moitié postérieure du poumon droit est en partie couverte de lymphe récente, non encore organisée, et le sac pleural contient une centaine de grammes d'un liquide séro-purulent. Le lobe inférieur du poumon droit est hépatisé. En l'incisant, on y trouve plusieurs petits abcès, atteignant même le volume d'une cerise. Le poumon gauche est œdémateux et ses bronches sont remplies d'une matière muco-purulente. On n'y découvre pas d'autre lésion.

Abdomen. — Le foie présente un commencement de dégénérescence cireuse. La rate est foncée en couleur, de consistance pulpeuse et diffluente. Les reins sont farcis de petits kystes, et leur substance corticale est notablement atrophiée.

Commentaire. — Ce cas s'est terminé de la manière ordinaire, c'est-à-dire par la compression des nerfs respiratoires, il en est résulté de la dyspnée et finalement une pneumonie latente.

J'ai l'habitude d'attribuer le double bruit clair perçu sur la tumeur anévrysmale, au flux et au reflux du sang par une ouverture dont les bords minces entrent en vibration au moment de son passage. Peu d'anévrysmes donnent plus nettement lieu à ce genre de bruit que celui-ci, et peu aussi présentent à l'autopsie une ouverture avec des bords réunissant mieux les conditions dont il s'agit. Dans un autre cas d'anévrysme de l'artère innominée (celui de John Hunter), examiné au commencement de la session d'hiver de 1856-57, la tumeur était très distincte à la région du cou, au-dessus de la clavicule, mais n'était le siége d'aucun bruit. On put constater après la mort que l'artère innominée avait acquis le volume du pouce et donnait naissance à un anévrysme globulaire de dix centimètres de diamètre; cette tumeur ne présentait pas un bord net mais plutôt un col étroit, comme on le voit dans la fig. 483.

Les bruits cardiaques, néanmoins, dans le cas de Catherine Syme, changèrent de caractère avec les progrès du mal. Dans le principe, on avait pu soupçonner une double affection valvulaire, mais lorsque l'ordre des bruits se trouva renversé et qu'on les eut étudiés plus attentivement et à plusieurs reprises, c'est-à-dire lorsque le murmure de la pointe coïncida avec le second bruit et le murmure de la base avec le premier bruit, on les attribua à la propagation, vers le bas, du bruit entendu dans la tumeur anévrysmale. Je n'oserais prétendre, cependant, que cette théorie soit exacte en ce qui concerne les murmures anormaux du cœur, distincts comme ceux-ci l'étaient, et associés à des tumeurs anévrysmales, le cœur restant intact. Je me contente donc pour le moment de relater les faits tels qu'ils sont en réalité, attendu que leur exactitude ne saurait être mise en doute, puisqu'ils ont été constatés par moi-même à bien des reprises et par les élèves, par les internes et par les médecins qui suivaient la clinique, et qui tous se sont intéressés particulièrement à ce cas.

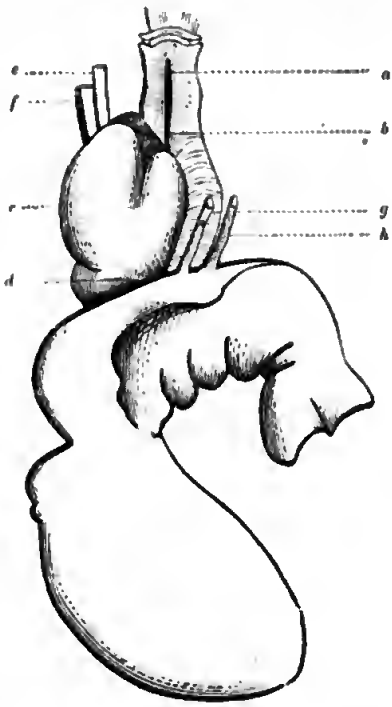


Fig. 482.

La question de faire la ligature de l'artère ayant été tranchée négativement par les chirurgiens de l'Infirmerie, tout l'objet du traitement se réduisait à prolonger la vie. La principale source de danger consistait évidemment dans la dyspnée et dans les accès fréquents d'obstruction spasmodique du larynx, si communs dans ces sortes d'anévrysmes, par suite de la compression exercée par la tumeur sur les nerfs récurrents. La trachée aussi était fortement comprimée et refoulée de côté, mais cette déformation n'explique nullement les

Fig. 483.

Fig. 482. Esquisse de l'anévrysme et des parties avoisinantes, dans le cas de Catherine Syme. *a*. Ouverture pratiquée dans le larynx; *b*. ligne de l'incision primitive, s'approchant en bas jusque tout près de la tumeur; *c*. tumeur anévrysmale; *d* point où la veine innominée obstruée s'était ouverte dans la tumeur; *e*. artère carotide droite; *f*. veine jugulaire droite; *g*. artère carotide gauche; *h* artère sous-clavière gauche.

Fig. 483. Diagramme d'un anévrysme du tronc brachio-céphalique; la tumeur, formée par le vaisseau lui-même dilaté dans tout son contour, semble naître d'un col étroit; cette tumeur ne donnait lieu à aucun bruit.

paroxysmes de dyspnée suffocante, car bien que son calibre fût rétréci, il était bien suffisant pour le passage de l'air indispensable à la respiration. D'autre part, nous avons trouvé, à l'autopsie, le nerf récurrent augmenté de volume et enveloppé dans un tissu cellulaire épais, en arrière de la tumeur. Dans de telles conditions, on a proposé de passer une canule dans le larynx ou dans la trachée, afin d'annihiler l'effet de ces spasmes. Chez notre malade, la trachéotomie ne put être exécutée; aussi, chaque fois que l'obstruction des veines profondes est telle que les veines superficielles sont considérablement gonflées, la laryngotomie est la seule opération qu'il faille tenter. C'est cette dernière à laquelle on eut recours finalement, et non sans un bénéfice momentané. Cependant, je n'hésite pas à dire que la difficulté de l'expectoration et, par suite, l'obstacle au passage de l'air dans les tubes respiratoires, aboutirent à des résultats non moins pénibles et aussi funestes que les crises spasmodiques. On a dit, il est vrai, que dans de tels cas, on diffère généralement trop l'opération, et que si l'on attend presqu'à ce qu'il y ait une abondante sécrétion de mucosités et une diminution marquée des forces, on ne peut raisonnablement en espérer un bon résultat. Toutefois, dans les cas d'anévrysme, semblable opération est tout au plus un moyen palliatif, et, considérant combien la difficulté de l'expectoration doit alors être accrue, je doute qu'il soit justifiable d'y avoir recours, autrement qu'en dernier ressort. Assurément, le résultat obtenu chez notre malade n'est rien moins que favorable à cette opération.

Une dernière remarque sur ce cas : à la suite des incisions dans les téguments, et sans même achever la trachéotomie, nous avons pu constater un grand soulagement, durant plus de deux jours. Cet effet tient-il à la perte insignifiante de sang pendant l'opération ou à l'idée de la malade, que l'opération allait la soulager? Quelle que soit l'explication adoptée, toujours est-il que la dyspnée extrême et les autres symptômes menaçants s'amendèrent comme par enchantement, à la suite de cette tentative infructueuse de trachéotomie.

Obs. CXXX (1). — *Anévrysme de la portion transverse de la crosse de l'aorte. — Péricardite avec épanchement. — Tuberculose pulmonaire. — Anasarque. — Anévrysme poplité guéri antérieurement par la compression.*

Commémoratif. — George Fairweather, 32 ans, ouvrier, entré le 20 janvier 1854. Après avoir fait le métier de maréchal ferrant, il entra à l'armée en 1839 et servit douze années. En 1842, étant aux Indes, il ressentit des douleurs rhumatismales et fut même forcé de garder le lit. Il y a un an, étant employé à la police d'Édimbourg, il fut obligé de courir à une grande distance, par suite des nécessités du service. Peu de temps après, un anévrysme se forma dans le creux poplité, à la jambe droite. Cet anévrysme fut traité et guéri par la compression, à l'Infirmerie de Glasgow. Cependant, le malade n'a cessé, depuis lors, d'être tourmenté par de la toux et par des douleurs dans la poitrine et entre les épaules. Au mois d'août dernier, il eut un fort enrouement pour lequel il se rendit de nouveau à l'Infirmerie de

(1) Recueillie par M. Almeric Seymour, élève du service.

Digitized by Google

Glasgow, où il demeura deux mois. Sur la fin du séjour qu'il fit là, il s'aperçut d'un certain gonflement aux pieds et commença à souffrir de palpitations accompagnées de douleurs dans la région précordiale. On le renvoya de l'hôpital comme incurable. L'enflure des chevilles a toujours fait des progrès et atteint les jambes et jusqu'à l'abdomen. Le 1r décembre il retourna encore une fois à l'Infirmerie de Glasgow, d'où il est revenu il y a trois jours, sans avoir trouvé aucun soulagement. Depuis lors, la sécrétion urinaire a beaucoup diminué et même a été supprimée complétement hier.

Symptômes a l'entrée. — Il est impossible de préciser l'endroit où la pointe du cœur vient battre; l'impulsion ne se sent point dans sa position usuelle et les bruits normaux sont imperceptibles dans la région de la pointe. A la base du cœur, les bruits sont parfaitement naturels, ainsi qu'au centre du sternum. La matité transverse mesure largement dix centimètres. En outre, il existe une matité anormale au-dessus du mamelon gauche, occupant un espace à peu près de la grandeur de la paume de la main. Ici encore les bruits cardiaques s'entendent sans aucune altération. Il en est de même sur toute la poignée du sternum jusqu'à la hauteur du premier espace intercostal. Pouls à 66, très faible, irrégulier et un peu plus fort à droite qu'à gauche. La percussion rend un son normal sur le poumon droit, mais le gauche donne lieu à de la matité dans ses deux tiers inférieurs en arrière. De gros râles sonores et sibilants s'entendent dans la plus grande partie de la poitrine, à l'inspiration et à l'expiration; cette dernière est très prolongée. Toux fatigante et accompagnée d'un roulis particulier. Expectoration spumeuse, gélatineuse, mêlée de sang. La toux provoque de la dyspnée et s'accompagne d'une sorte de ronflement dans le larynx. Le malade ne sait reposer sur le côté droit, car il éprouve aussitôt une sensation d'étranglement; la position qui lui va le mieux est une attitude demi relevée ou le décubitus sur le côté gauche; la dyspnée est surtout pénible la nuit. Langue humide et chargée; appétit bon. Il éprouve un sentiment d'oppression et de serrement à l'épigastre, après avoir mangé. Matité hépatique verticale de dix centimètres; relâchement intestinal. Une petite quantité d'urine a été rendue depuis la nuit dernière et a déposé un sédiment rosé, lequel se dissout quand on chauffe; la pesanteur spécifique de ce liquide est de 1022. Toute la surface du corps est œdématiée; l'abdomen et le scrotum sont très distendus; la face et les mains sont froides et livides; le malade ressent d'ailleurs une sensation de froid dans tout le corps. *Pr. : Infus. de digitale 45 grammes. Ether nitrique alcoolisé 12 grammes. Acétate de potasse 6 grammes. Eau 120 grammes. M. En prendre 30 grammes trois fois par jour.*

Marche de la maladie. — 21 *au 26 janvier.* Le malade a continué à prendre sa potion et on lui a fait appliquer une très forte infusion de digitale sur le ventre. L'anasarque a beaucoup diminué, et le malade a rendu un litre et demi d'urine dans les dernières vingt quatre heures. Mains assez froides. Signes physiques sans changement. Pouls à 120, un peu plus fort, n'offrant pas de différence dans les deux poignets. La toux ayant été très pénible la nuit dernière, on prescrit une potion avec de l'*éther nitrique alcoolisé et la solution de chlorhydrate de morphine.* Dyspnée considérable à la suite de l'ingestion d'aliments solides. Un ulcère s'est formé sur la région fessière gauche, par suite du décubitus continu sur ce côté. *Administrer 4 grammes de bitartrate de potasse, quatre fois par jour.* — *26 janvier au 1r février.* L'hydropisie a beaucoup diminué et a même disparu aux jambes; le volume de l'abdomen a diminué également, mais l'anasarque est plus marquée du côté gauche sur lequel il est habituellement couché que sur le côté droit. Une fois, la quantité d'urine rendue s'est élevée à quatre litres et demi dans les vingt-quatre heures. Le 31, le malade se plaint d'une vive douleur sous la clavicule gauche et on constate un bruit de friction à la base du poumon droit. *Appliquer six sangsues loco-dolenti.* Comme la toux est très pénible on donnera

4 grammes de teinture d'opium camphrée, à l'heure du coucher; on continuera la digitale à l'intérieur, mais on cessera les applications externes. — 1er *au* 6 *février.* La toux a été fort pénible, mais on est parvenu à la calmer un peu à l'aide de *teinture d'opium, d'éther nitrique alcoolisé et de chloroforme à l'intérieur.* — Le 6, on entend les bruits cardiaques avec leur caractère normal, du côté droit, à partir de la troisième côte; on peut voir et sentir aussi l'impulsion en cet endroit. La matité remonte jusqu'au sommet du sternum, s'étend obliquement jusqu'à la troisième côte, et se perd dans le côté droit. — 13 *février.* Matité presque absolue et manque d'expansion dans tout le côté gauche de la poitrine en avant et en arrière; absence de bruits respiratoires excepté au sommet. *Appliquer un vésicatoire de* 0,13 × 0,13 *centimètres sur le côté gauche vers la base.* — 16 *au* 23 *février.* Le 16, survient un violent accès de toux, durant dix minutes et accompagné d'une abondante expectoration de pus. *Pr. : Mixture de scille,* 150 *grammes. Teinture d'opium camphrée,* 30 *grammes. M. En prendre une cuillerée toutes les fois que la toux est menaçante. Donner une dose de morphine à l'heure du coucher.* A la suite de cette médication, la toux s'est calmée, l'expectoration est redevenue plus aérée et gélatineuse. Le sommeil est meilleur. Le 23 on constate une matité presque complète sur un espace de près de huit centimètres carrés dans l'angle sterno-claviculaire et qui va se perdant peu à peu vers la région sous-clavière en dehors. Absence de respiration dans la première région et respiration modérée et naturelle dans la seconde. Dans tout le reste du côté gauche, en avant et sur les côtés, la matité est très prononcée et la respiration presque complétement absente. En arrière, on constate, dans la moitié supérieure gauche de la poitrine, une respiration très faible et une matité assez générale, ainsi qu'un sifflement prolongé après les efforts de toux. Dans la moitié inférieure, la respiration est faible et bronchiale. A droite, sonorité à la percussion et respiration puérile en avant comme en arrière, excepté à trois travers de doigts au côté externe du sternum, dans la région sous-clavière. De temps en temps, il se manifeste un accès de toux suivi d'efforts pénibles d'expectoration ramenant des mucosités épaisses. Bruits cardiaques naturels sauf une légère tendance à la réduplication du second. — 23 *février au* 4 *mars.* Le malade reste à peu près dans le même état jusqu'au 3 mars; ce jour-là, il fut pris d'un nouvel accès de toux et de dyspnée. On opposa en vain à ces complications de l'éther sulfurique et les autres moyens déjà employés, il s'affaissa graduellement et mourut le lendemain, à onze heures et demie du matin.

Autopsie. — Quarante-huit heures après la mort.

Thorax. — Le péricarde est très-distendu et contient environ 375 grammes de sérosité limpide. Sa surface séreuse est indurée en quelques endroits, par suite de la présence d'un exsudat chronique. Le cœur et ses valvules n'offrent rien à noter. Entre le tronc brachio-cephalique et la carotide gauche, il existe une légère dilatation de l'aorte. Immédiatement au-dessous de l'origine de l'artère sous-clavière gauche, naît de l'aorte, par une sorte de large pédicule, un anévrysme du volume d'une grosse orange, de forme ronde et mesurant huit centimètres de diamètre. Cette tumeur se projette en avant et un peu vers la gauche, immédiatement au-dessus du péricarde, et commençait à comprimer la trachée et la bronche gauche. En avant de l'anévrysme passe le nerf récurrent resté intact. L'inspection de la poche montre que les tuniques interne et moyenne de l'artère avaient cédé, et la tumeur est formée seulement par la tunique externe et par du tissu aréolaire condensé. Au-dessus des valvules aortiques et dans la crosse, les tuniques internes du vaisseau sont devenues athéromateuses. La cavité de la plèvre gauche contient plus d'un litre de sérosité et quelques fausses membranes anciennes. Le poumon gauche est condensé dans toute son étendue; en l'incisant, on y trouve une grande quantité de tubercules, formant de petites masses du volume d'un pois ou même plus fortes. Quel-

ques uns de ces tubercules sont ramollis, mais nulle part il n'existe de caverne. Le tissu pulmonaire intermédiaire est condensé et hépatisé. Le poumon droit est volumineux et contient seulement quelques tubercules miliaires disséminés dans son épaisseur.

Abdomen. — Rien à noter de ce côté.

Commentaire. — Chez ce malade, nous avions constaté durant la vie l'absence d'altération des bruits du cœur, seule la matité avait acquis une étendue double, comparée à l'état normal ; de plus, cette matité anormale s'étendait au-dessus du mamelon gauche jusqu'à la région sterno-clavieulaire. L'autopsie est venue confirmer nos observations et nos conclusions : le cœur était sain, il existait une péricardite chronique avec épanchement et un vaste anévrysme de la portion transverse de la crosse de l'aorte, se dirigeant vers la gauche. L'anévrysme, pourtant, ne donnait lieu à aucun bruit anormal, particularité attribuable sans doute, comme nous l'avons déjà dit à propos de l'observation précédente, à son mode d'insertion sur l'artère, par une sorte de gros pédicule. Le membre jadis atteint et guéri par la compression d'un anévrysme poplité, fut injecté et disséqué avec soin; c'est une très belle pièce actuellement dans le cabinet d'anatomie de M. Spence, de cette ville. L'artère poplitée présente une occlusion complète ; la circulation s'est continuée par les anastomoses des vaisseaux collatéraux, dont le calibre est considérablement élargi.

Obs. CXXXI (1). — *Anévrysme de la portion inférieure de l'aorte thoracique, comprimant le canal thoracique. — Anévrysme de l'aorte abdominale. — Ulcère chronique de l'estomac. — Abcès tuberculeux du foie et du rein droit. — Dégénérescence cireuse du foie et du rein gauche. — Leucocythémie.*

Commémoratif. — Janette Young, 50 ans, entrée le 16 juin 1854, a souffert de dérangements d'estomac depuis trois ans. Elle est sujette aussi à des douleurs rhumatismales chroniques. Au mois de septembre dernier, elle a été atteinte d'une maladie d'entrailles qui lui a duré quatorze semaines. Depuis dix ans, elle a des vomissements plus ou moins habituels, et les matières rendues ont eu parfois une couleur de cuivre foncée. Depuis l'affection diarrhéique de l'an passé, elle a considérablement maigri.

Symptômes a l'entrée. — Cette personne est très-faible et d'une maigreur extrême. La langue est humide et nette, l'appétit modéré. Pas de vomissements pour le moment. Elle se plaint de douleur et de sensibilité à l'épigastre où l'on sent distinctement, au palper, une tumeur avec un fort battement, un peu à droite de la ligne médiane, vers la région du pylore. Cette tumeur paraît être solide et inégale, à peu près de la grosseur d'un œuf de poule ; toutefois on ne parvient pas à déterminer ses contours avec précision. A l'auscultation, on y entend un fort bruit de souffle synchronique avec le pouls aortique. La pointe du cœur bat entre la sixième et la septième côte. Le volume et les bruits sont naturels. Pouls à 88, de force modérée. Selles régulières ; urine pâle, ayant une densité spécifique de 1010, légèrement coagulable par l'ébullition et par l'addition d'acide nitrique. Respiration et autres fonctions normales. *Prendre* 0,60 *centigrammes de sirop d'iodure de fer, trois fois par jour.*

(1) Recueillie par M. T. Walker, élève du service.

Marche de la maladie. — *Le 19 juin*, les vomissements reparurent et persistèrent, avec de légères intermittences, jusqu'à la fin du mois ; ils se produisaient d'ordinaire quatre heures après les repas. La malade se plaint d'une vive douleur dans la région de la tumeur; à plusieurs reprises on y a fait appliquer deux sangsues suivies de fomentations chaudes, ce qui amena du soulagement. Dans le but de combattre les vomissements, on a essayé toute une série de médicaments, mais le moyen le plus efficace a consisté à laisser fondre dans la bouche de petits morceaux de glace. On donnait des aliments à de court intervalles mais par petites quantités. Durant les mois d'*août* et de *septembre*, les vomissements diminuèrent de fréquence, sans cesser néanmoins d'être encore parfois très pénibles. Tout ce temps, on donna une nourriture substantielle et du vin ; cependant, bien que ces aliments fussent retenus et même pris avec un certain plaisir, l'amaigrissement n'a pas cessé de faire des progrès. Le sang, examiné au microscope, se trouve contenir une proportion anormale de globules blancs. On a fait une série d'observations et de recherches pour s'assurer si les corps gras ne passaient pas avec les déjections, mais celles-ci ont toujours été normales et rendues régulièrement. Le sommeil est bon. Durant les mois de *septembre*, d'*octobre* et de *novembre*, la malade est restée à peu près dans les mêmes conditions, se plaignant parfois d'un peu plus de douleur au siége de la tumeur et, tout dernièrement, de toux et de palpitations. Dans les trois mois qui suivirent, les vomissements revinrent encore de temps en temps avec opiniâtreté; pour le reste, pas de changement notable. L'urine a continué d'être coagulable et d'une faible densité, offrant parfois, au microscope, quelques cylindres desquamatifs atteints de dégénérescence cireuse, et des globules de pus. Pendant le mois de mars, la maigreur devint extrême, et le pouls de plus en plus faible; on fit des injections nutritives par le rectum, indépendamment des aliments substantiels et du vin pris par la bouche. Les vomissements avaient beaucoup diminué de fréquence. Elle eut une conjonctivite de quelques jours. Les nuits étaient agitées; pour obtenir un peu de repos, il fallut avoir recours à la morphine. Enfin la faiblesse augmentant de jour en jour, la malade s'affaissa graduellement, sans présenter d'autres symptômes, et mourut le 16 avril 1855.

Autopsie. — Quarante-heures après la mort.

Thorax. — Les deux poumons présentent quelques rides à leur sommet et aussi quelques dépôts tuberculeux anciens. Le cœur est intact. Vers la partie inférieure de l'aorte thoracique, se trouve une dilatation anévrysmale, à peu près du volume d'une noix, se projetant vers la gauche de la colonne vertébrale et reposant directement sur le canal thoracique, sur lequel cette tumeur paraît avoir exercé une certaine compression.

Abdomen. — A la partie antérieure de l'aorte abdominale, au point d'origine du tronc cœliaque et de l'artère mésentérique supérieure, on trouve un anévrysme arrondi, de cinq centimètres environ de diamètre, faisant saillie en avant et presque complétement comblé par des couches de fibrine solide. Les deux vaisseaux susdits sont projetés en avant, séparés à leur point d'origine par deux centimètres et demi de distance ; ils sont d'ailleurs intacts (University Museum, préparation portant le n° 2333, *a*). L'estomac a conservé ses dimensions naturelles ; à la petite courbure, entre les orifices cardiaque et pylorique, mais un peu plus rapproché de ce dernier, existe un ulcère de forme ovale, comme taillé à l'emporte-pièce, à peu près de la grandeur d'une amande et offrant une base et des bords calleux. Ceux-ci sont réguliers, denses comme du tissu ligamenteux et présentent à la coupe un aspect brillant; sur quelques points, ils n'ont pas moins de six millimètres d'épaisseur. Le foie pèse neuf cents grammes. A la coupe, la substance de cet organe présente un certain nombre de noyaux de matière tuberculeuse. Quelques-uns de ces noyaux se sont ramollis et se sont transformés en abcès. Quant

au parenchyme lui-même, il est le siége d'une dégénérescence cireuse. Le rein droit est très-petit, n'ayant guère plus de six centimètres de long sur trois de large. Quand on l'incise, il s'en échappe un liquide blanc jaunâtre avec un peu de matière caséeuse. La texture du rein a complètement disparu, et à sa place on voit des cavernes présentant l'aspect ordinaire des abcès scrofuleux. Ce rein pèse seulement trente grammes. Le rein gauche est volumineux et atteint de dégénérescence cireuse. La rate est naturelle.

Commentaire. — La première question que nous nous sommes posé, à l'arrivée de cette femme, c'était de savoir si la tumeur constatée dans la région pylorique était un anévrysme ou bien une tumeur cancéreuse reposant sur l'aorte. Les symptômes étaient bien ceux d'une affection organique de l'estomac. A mesure que le mal fit des progrès et que l'émaciation se prononça davantage, la tumeur devint plus accessible à l'exploration, et sa forme arrondie mais surtout les battements dont elle était le siége nous firent reconnaître un anévrysme. Cependant, les vomissements rebelles continuaient à indiquer une affection de l'estomac et expliquaient l'amaigrissement progressif; pourtant cette explication n'était pas suffisante, car, nous venons de le voir, l'estomac retenait une partie notable des aliments, spécialement à de certains intervalles assez longs, pendant lesquels cet organe semblait revenu au repos. L'idée vint alors que la tête du pancréas pouvait bien être le siége de quelque lésion ; toutefois, malgré des examens répétés, nous n'avons pu découvrir des éléments graisseux en excès dans les matières excrétées. Dans les derniers temps, les vomissements étaient devenus insignifiants et, néanmoins, l'émaciation faisait sans cesse des progrès et devenait extrême. L'autopsie vient de nous révéler la cause de tous ces phénomènes, dans l'existence d'un petit anévrysme thoracique comprimant le canal thoracique. De son côté, l'anévrysme abdominal était beaucoup mieux arrondi et plus ferme que lors de nos premières explorations. Les poumons et le foie, qui sont le siége de nombreux dépôts scrofuleux et tuberculeux, nous fournissent un exemple remarquable de l'arrêt de ces lésions. Enfin, la diminution des symptômes gastriques correspond à la cicatrisation et à la guérison graduelle de l'ulcère dont l'estomac était le siége. On pourrait supposer que l'anévrysme abdominal était en voie de se guérir spontanément, puisqu'il était presque entièrement rempli par un caillot fibrineux condensé. Cependant, le commencement de l'anévrysme thoracique situé plus haut nous donne suffisamment raison de cette particularité, comme nous le verrons dans le commentaire de l'observation suivante.

Obs. CXXXII (1). — *Anévrysme de l'artère mésentérique supérieure et de l'aorte. — Anévrysme obscur de l'aorte thoracique. — Traitement par la méthode de Valsalva. — Pleurésie. — Carie des vertèbres, ramollissement de la corde spinale et paraplégie. — Mort subite par empoisonnement avec de la teinture d'aconit.*

Commémoratif. — Henry Smith, 35 ans, matelot, entré le 19 décembre 1849,

(1) Recueillie par MM. H. M. Balfour, Wm Clark et A. Dewar, élèves du service.

rapporte qu'il y a environ une année, se trouvant en mer, il reçut sur le dos un coup violent du gouvernail du vaisseau. Depuis lors, il n'a cessé de ressentir de la douleur dans le ventre et dans le dos; enfin, il a remarqué des pulsations dans l'abdomen et une sensation de frémissement et d'engourdissement dans les cuisses, les jambes et les pieds, surtout du côté gauche. Il dit que trois semaines après l'accident, il entra à l'Infirmerie de Liverpool, où il resta environ onze mois. Il fut traité par les opiacés et par des calmants; en dernier lieu on lui appliqua des sangsues et des ventouses scarifiées sur les points douloureux de l'abdomen. Tous ces moyens le soulagèrent peu.

Symptômes a l'entrée. — Le sujet est un homme au teint brunâtre, d'un aspect robuste, athlétique. La région hypochondriaque gauche est le siége d'une tumeur dont on voit les battements. Elle est de forme ovale et mesure de sept à huit centimètres transversalement. Le grand diamètre ne saurait en être déterminé car elle disparait sous les fausses côtes, mais ses limites latérales et inférieure se distinguent aisément. Le malade se plaint d'une vive souffrance et d'une grande sensibilité dans la région de la tumeur, ainsi que de battements exaspérés par tous les efforts, même par le seul fait de se mettre debout. La position qu'il préfère, c'est d'être replié sur lui-même, appuyé sur les coudes et sur les genoux, et c'est dans cette attitude qu'on le trouve généralement toute la journée. La pulsation de la tumeur est impétueuse, synchronique avec le battement du cœur ou le suivant immédiatement. A l'auscultation, on y entend un bruit de soufflet assez doux, dont la plus grande intensité se trouve à la partie inférieure. La pointe du cœur bat à environ deux centimètres et demi au-dessous du mamelon. L'impulsion est assez énergique. A la percussion, la matité cardiaque mesure six bons centimètres en travers. Les bruits du cœur ont conservé leurs caractères normaux; le premier a son maximum d'intensité à la pointe, juste au-dessous du mamelon, et le second à huit centimètres plus haut et un peu vers le côté interne. Pas de toux ni d'expectoration. Le côté droit de la poitrine est plus sonore à la percussion que le gauche, aussi bien en arrière qu'en avant. Les murmures respiratoires sont normaux. L'appétit est assez bon. Selles régulières. Urines normales, ayant une densité spécifique de 1025, non coagulables, mais laissant un dépôt d'urate d'ammoniaque. *On prescrit une dose de morphine pour la nuit.*

Marche de la maladie. — 23 *décembre.* Le malade n'a pas bien dormi une seule nuit depuis son entrée. Il dit qu'il faut de fortes doses d'opium pour lui produire un certain effet. *On prescrit de le saigner jusqu'à la syncope.* Son régime sera réglé comme suit: *à déjeûner*, 120 *grammes de pain et* 240 *de lait; à dîner*, 60 *grammes de viande rotie et* 60 *grammes de pain; à souper*, 60 *grammes de pain et* 240 *grammes de thé.* — 24 *décembre.* On a tiré 900 grammes de sang, sans provoquer la moindre syncope, ni même de nausée. Le sang conservé présente une couenne bien formée. Pouls à 88, faible et dépressible. Souffrance moindre et sommeil meilleur la nuit. — 25 *décembre.* Le malade demande à remplacer sa viande par du pudding au riz et du pain. On lui accorde 30 *grammes de mouton et* 90 *grammes de pudding* pour son dîner. On appliquera *douze sangsues sur la tumeur.* — 26 *décembre.* Les sangsues ont beaucoup donné et ont produit du soulagement. L'urine laisse encore déposer des urates. — 30 *décembre.* Constipation; la douleur dans le ventre a plutôt augmenté. *Donner* 4 *grammes d'électuaire de sené, chaque jour. Appliquer de nouveau dix sangsues à la région de la tumeur.* — 31 *décembre.* Les sangsues n'ont pas autant saigné que la dernière fois. La douleur abdominale reste toujours vive. *Appliquer un vésicatoire de cantharides de sept centimètres et demi carrés, locodolenti.*

1850, 2 *janvier.* Le vésicatoire a produit un peu de soulagement. Pouls plus fort. *Saignée de* 375 *grammes.* — 3 *janvier.* Le sang présente encore une couenne mais moins prononcée que ci-devant. La saignée n'a pas été suivie de syncope, ni

même de nausées. *Retrancher 60 grammes de pain du dîner et 30 du souper. Donner une bouteille de limonade pour la journée.* — *7 janvier.* Le malade a passé une mauvaise nuit. Prescr. : *Solution de chlorhydrate de morphine; teinture de jusquiame, de ch. 2 grammes. Eau, 15 grammes. M. A prendre en une fois, tous les soirs.* — *9 janvier.* Il a un peu mieux dormi; la douleur abdominale s'est plutôt accrue. *Application de 8 sangsues.* — *10 janvier.* Il se sent un peu mieux. — *13 janvier.* Il se plaint encore de constipation. *Donner, tous les matins, une pilule de coloquinte et de jusquiame.* — *16 janvier.* Il dit que depuis trois ou quatre jours, un peu de forces lui sont revenues et avec elles les douleurs et des pulsations plus prononcées dans le ventre. *Application de dix sangsues.* — *17 janvier.* Les sangsues ont soulagé, mais le sommeil laisse encore à désirer. — *21 janvier.* Pouls encore assez fort. *Saignée continuée jusqu'à la syncope.* — *22 janvier.* On a tiré hier 800 grammes de sang; point de syncope ni même de nausées. Ce matin, le pouls est faible et mou; le sujet se dit beaucoup mieux. Le sang offre encore une couenne bien formée. Dépôt d'urates dans les urines. — *25 janvier.* On a fait hier une nouvelle saignée, mais il a fallu la pousser jusqu'à 900 grammes avant de provoquer un commencement de syncope. Le sang présente toujours une certaine couenne, le pouls est faible et l'urine chargée d'urates. *Administrer une potion au chloroforme, ce soir.* — *29 janvier.* Saignée de 300 grammes. — *8 février.* La tumeur est le siége d'une vive douleur la nuit, empêchant tout repos, et les narcotiques par la bouche ou en lavements la calment à peine; c'est pourquoi on fait encore une saignée de 600 grammes au bras. Cette opération suivie de syncope a fait incontinent disparaître la douleur. — *19 février.* Le volume de la tumeur et ses pulsations ont manifestement diminué. Le malade ne se trouve guère plus faible qu'avant son entrée, seulement il ne sait rester aussi longtemps assis. Aujourd'hui, la douleur est revenue dans la tumeur. *Appliquer douze sangsues.* — *2 mars.* On a fait hier une *saignée de 400 grammes*, sans déterminer de syncope. Pas d'apparence de couenne. — *10 mars.* Retour aigu des douleurs; nouvelle *saignée de 700 grammes.* — *19 mars.* Encore une *saignée de 250 grammes.* Le malade a jusqu'ici été tenu au régime restreint indiqué plus haut. On le modifiera comme suit : *déjeûner :* un biscuit (40 grammes), thé un quart de litre. *Dîner :* deux biscuits (80 grammes), deux œufs. *Souper :* un biscuit (40 grammes), thé un quart de litre. Le sang extrait le 19 a été soumis à l'analyse, dont voici les résultats :

Pesanteur spécifique du sérum	1028
Parties solides sur 1000 :	
Fibrine	4,6
Globules	42,7
Parties solides du sérum	88,2
Eau	864,5
Total.	1000

6 avril. Saignée de 400 grammes. — *13 avril.* Le malade conserve encore assez de force pour entreprendre de se promener au jardin; mais il en est revenu bien fatigué. — *21 avril.* Sur ses instances, on lui a fait hier une saignée de plus d'un kilogramme, lui-même ne cessant de répéter qu'il ne sentait rien jusqu'à ce qu'enfin il s'affaissât tout-à-coup dans une syncope dont il est sorti lentement. Aujourd'hui, il a l'aspect anémique, le pouls faible, et éprouve une grande faiblesse. — *3 mai.* Il est survenu de la constipation qu'il a fallu combattre par des pilules de coloquinte et de jusquiame. Les battements de la tumeur ont diminué manifestement. Aujourd'hui, le malade s'est plaint d'une douleur lancinante dans le dos, entre les épaules et jusque dans les bras. Il est dégoûté des œufs; on les remplace par 120 grammes de gelée de veau. — *1er juin.* Vives souffrances et absence de

sommeil depuis trois nuits. *Application de huit sangsues.* — 17 *juin.* Le malade se promène de temps en temps au grand air, mais il en résulte chaque fois un retour de la douleur. *Appliquer douze sangsues.* — 9 *août.* Il souffre en marchant à cause d'hémorrhoïdes dont on l'a soulagé au moyen d'injections d'eau froide. — 16 *août.* Retour de la douleur dans la tumeur. *Appliquer* 12 *sangsues.* Cette nouvelle saignée a provoqué une syncope à l'occasion de laquelle il a fallu administrer au malade 60 grammes de vin. — 30 *août.* On lui permet de sortir de l'hôpital une fois par semaine pour prendre de l'exercice et le grand air. — 20 *octobre.* Vive souffrance dans la tumeur. *Application de huit sangsues.* — 25 *octobre.* On constate que la tumeur est devenue mobile. Quand il est couché sur le côté gauche, la tumeur est cachée sous les cartilages des côtes, mais quand il se retourne sur le dos, elle se déplace de sept à dix centimètres vers la droite. Il prétend avoir noté ce mouvement déjà depuis une semaine. — 20 *novembre.* Il se plaint d'une douleur aiguë sous la clavicule gauche, où l'on applique *six sangsues.* — 26 *octobre.* La douleur sous la clavicule a persisté, ce qui détermine à faire poser le 22 et encore aujourd'hui des ventouses scarifiées, à la suite desquelles elle se dissipe. — 27 *décembre.* Nouvelle *saignée de* 250 *grammes*, dans le but de combattre la douleur.

1851. 17 *février.* Le malade a continué à se plaindre de la même douleur. Nouvelle *saignée de* 250 *grammes.* — 20 *février.* Régime actuel : *Déjeûner,* un petit pain avec du thé ; *dîner,* un peu de poulet avec deux pommes de terre ; *souper,* un petit pain avec du thé, 120 grammes de vin. La tumeur devenue dure et solide, offre le volume d'un œuf de pigeon. — 30 *mars. Saignée de* 180 *grammes.* — 2 *avril. Saignée de* 375 *grammes.* D'habitude les saignées emportent la douleur, mais il n'en a plus été de même ces deux dernières fois ; en conséquence on a recours à un vésicatoire. — 2 *mai. Saignée de* 300 *grammes,* suivie d'un certain soulagement. — 30 *mai. Application de dix-sept sangsues.* — 1 *juin.* Pas d'amélioration. Ventouses scarifiées au dos et soustraction de 180 grammes de sang. — 8 *juin.* Douleur persistante et *saignée de* 250 *grammes,* suivie de soulagement. — 24 *mai. Soustraction sanguine de* 250 *grammes à l'aide de ventouses.* — 26. *Saignée de* 375 *grammes.* — 29 *octobre.* Depuis cinq mois, on a encore eu recours de temps en temps aux saignées, afin de combattre les douleurs ; rien de changé quant au reste. Régime actuel : *Déjeûner,* un petit pain et un demi litre de thé ; *dîner,* une limande et deux pommes de terre ; *souper,* un petit pain et un demi litre de thé ; 90 *grammes d'eau-de-vie pour la journée.* — 12 *décembre.* L'état du malade s'est amélioré graduellement ; les douleurs ne reviennent guère qu'une fois par jour, le matin, une couple d'heures après être levé. Aujourd'hui, la douleur ayant reparu avec assez d'intensité, on applique *douze sangsues.*

1852. 10 *janvier.* Le malade se plaint de faiblesse ; il est forcé de s'appuyer sur un bâton pour marcher. — 15 *janvier.* La tumeur a le volume d'une forte noix. Le murmure anévrysmal a considérablement diminué. Il se plaint d'engourdissement dans le côté gauche et de douleurs dans la jambe droite ; il marche avec peine. *Saignée de* 250 *grammes.* — 23 *janvier.* Faiblesse plus prononcée dans les extrémités inférieures. Le 29, il fut saisi d'un froid général, toutefois, sans frisson distinct. En outre, il accuse une douleur violente dans le côté gauche de la poitrine, s'exaspérant à chaque inspiration. — 30 *janvier.* Toux fréquente ramenant une expectoration abondante, sans trace de sang. L'épaule gauche est aussi le siége d'une vive souffrance. Chaleur brûlante à la peau ; perte complète de l'appétit ; soif ardente ; pouls faible ; prostration profonde. A la percussion, on trouve tout le côté gauche du thorax complétement mat. A l'auscultation, on perçoit faiblement les murmures respiratoires au sommet ; on n'entend plus rien à la partie inférieure. Un bruit de friction se produit au côté externe du mamelon. Aucune crépitation, ni en arrière ni en avant. On prescrit une *mixture d'ipéca et de morphine.* — 31 *janvier.* Moins de toux et de douleur. — 2 *février.* Les

Digitized by Google

crachats sont légèrement teintés de sang. — 4 *février*. La toux et l'expectoration diminuent; crachats épais, non mêlés de sang. Bruit de friction en avant, égophonie en arrière. — 8 *février*. Retour des douleurs dans la poitrine et dans l'épaule. Signes physiques comme précédemment. *Vésicatoire au côté gauche*. — 16 *février*. Diminution de la matité sous la clavicule gauche; les côtes commencent à se mouvoir pour la respiration. — 1r *mars*. On perçoit un bruit de friction dans tout le côté gauche de la poitrine en arrière et même au sommet du poumon en avant. A la percussion, sonorité à la partie supérieure, mais toujours matité complète vers le bas. La douleur, la toux et les symptômes fébriles se sont dissipés. Il s'est formé, par suite du décubitus, un ulcère au sacrum; on lui a appliqué des cataplasmes, mais il menace de se produire une nouvelle eschare. L'anévrysme abdominal n'a pas subi de changement. Les membres inférieurs sont atteints de paralysie, mais conservent leur sensibilité. — 8 *mars*. Une eschare s'est détachée du sacrum. — 8 *avril*. La paralysie des membres inférieurs est devenue complète et la sensibilité elle-même y est totalement abolie. Néanmoins, il s'y produit des contractions partielles et des soubresauts, mais sans aucune sensation douloureuse. Les selles sont devenues involontaires; l'ulcère du sacrum suppure abondamment. Le malade reste dans le même état jusqu'au 31 *mars*, seulement il continue encore à s'affaiblir. Ce matin il a avalé une grande partie d'un liniment contenant un quart de son volume de teinture d'aconit. Le pouls ne tarda pas à faiblir et à disparaître; l'intelligence est restée intacte durant trois ou quatre minutes, puis la respiration s'est embarrassée, et la mort a terminé cette scène en un espace de temps évalué à cinq ou sept minutes par ceux qui y ont assisté.

Autopsie. — Vingt-cinq heures après la mort.

Thorax. — Adhérences solides et générales entre les plèvres du côté gauche; à droite, quelques brides entre les plèvres au sommet du poumon. Le péricarde contient cent grammes d'une sérosité citrine; le sang est partout liquide; le cœur est sain; le poumon droit est crépitant dans sa plus grande étendue, mais présente une induration marquée et des rides au sommet. En l'incisant, on y découvre plusieurs concrétions crétacées, enkystées et entourées de dépôts nombreux carbonacés. Çà et là, quelques portions de son tissu sont en état de collapsus. Le poumon gauche porte les marques d'une certaine compression en arrière; il est d'ailleurs crépitant et paraît normal. La partie postérieure du lobe inférieur est attachée à une tumeur sacciforme de la grosseur d'une tête de fœtus à terme, située en face de la colonne vertébrale et provenant de l'aorte descendante. Cette tumeur est placée un peu plus à gauche qu'à droite; elle est seulement en partie remplie par un caillot de sang de formation toute récente. Vers le point où la poche s'attache au poumon, sa paroi est renforcée par des dépôts de fibrine en forme de lamelles, dont la plus grande épaisseur est de deux centimètres et demi. Les corps des 5e, 6e, 7e et 8e vertèbres dorsales, sont en grande partie absorbés, comme si on les avait entamés au ciseau, en laissant les cartilages intervertébraux faire une légère saillie entre eux. La carie a aussi envahi les têtes des côtes correspondantes, du côté gauche. A sa partie postérieure, la tumeur fait une projection d'environ deux centimètres et demi, laquelle a comprimé la moëlle épinière sur une longueur de quatre centimètres, en face des 8e et 9e vertèbres dorsales. Après avoir disséqué et enlevé le cordon médullaire, on voit qu'il est ramolli à l'endroit où il a subi la compression; mais cette altération est encore beaucoup plus marquée sur une étendue de cinq centimètres au-dessus et au-dessous du point en question; au-delà de ces limites le ramollissement se fond insensiblement avec la partie saine. Ce ramollissement est complétement blanc et ne présente pas de points rouges.

Abdomen. — Le pancréas s'étend au-dessus de la tumeur abdominale, laquelle a le volume d'une noix de coco, est située en avant de l'aorte, mobile et passablement

résistante. L'estomac est sain et au tiers rempli d'une matière pultacée en grumeaux, exhalant une forte odeur de liniment saponiné. Les autres organes abdominaux n'offrent rien à noter. La dissection de la tumeur anévrysmale montre qu'elle a pris naissance à la racine de l'artère mésentérique supérieure, envahissant aussi la paroi antérieure de l'aorte descendante. Sa forme est ovale et l'un des bouts repose sur les vertèbres, l'autre est situé immédiatement sous les téguments. Son grand diamètre mesure dix centimètres, et le plus petit sept centimètres et demi. En enlevant une mince portion de la tumeur vers la gauche, de façon à ne pas entamer l'origine de l'artère mésentérique, on voit que l'intérieur est presque complétement occupé par des lamelles concentriques de fibrine, à l'exception d'un canal, plus large dans le voisinage de l'aorte, mais se rétrécissant à mesure qu'il s'en éloigne, et qui livre passage au sang vers les vaisseaux efférents, fig. 484 (*University Museum*, Prep. 2229).

Examen microscopique. — Des coupes faites dans la corde spinale et examinées à un grossissement de 250, montrent partout les tubes nerveux disloqués. Beaucoup de renflements variqueux se sont encore élargis, se sont séparés et forment des corpuscules transparents, ronds, ovales ou de formes diverses, avec des doubles contours; ils sont mêlés à des fragments de tubes, à une multitude de molécules, de granules et de globules graisseux, ainsi qu'à des cellules ganglionnaires désagrégées. Nulle part on n'observe des corpuscules granuleux.

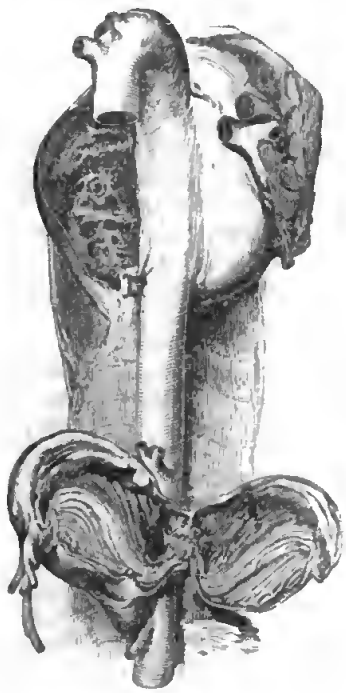


Fig. 484.

Commentaire. — Ce malade est resté à l'Infirmerie deux ans et demi; durant tout ce temps, la marche de son affection a excité un intérêt considérable. Nous avions affaire 1°, à un anévrysme thoracique; 2°, à un anévrysme de l'artère mésentérique supérieure (1). 3° Nous avons pu constater les effets du traitement de l'anévrysme par la méthode de Valsalva. 4° Nous avons assisté à une pleurésie aiguë, passée à l'état chronique, 5° à une paralysie graduelle ayant fini par devenir complète; 6° enfin à un empoisonnement par l'aconit, ayant amené la terminaison la plus rapidement fatale qui soit relatée dans la science. Je m'arrêterai sur ces différents points, vous signalant les difficultés du diagnostic, les effets du traitement suivi; enfin je terminerai par quelques réflexions sur la manière dont la mort est survenue.

Anévrysme thoracique. — Cet anévrysme n'avait pas été soupçonné durant

(1) Pour d'autres cas d'anévrysmes de l'artère mésentérique supérieure, voir les observations du Dr Donald Monro : « Observations on Aneurism » publiées par la société de Sydenham, p. 130.

Fig. 484. Esquisse des anévrysmes thoracique et abdominal, avec carie des vertèbres, etc.

la vie. Cependant, en jetant un regard en arrière sur ce qui s'est passé à la suite du coup qui a occasionné la maladie, nous voyons le sujet se plaindre de douleur dans le dos aussi bien que dans l'abdomen. En outre, nous lisons dans l'observation, que le côté droit de la poitrine, au moment de l'entrée, était plus sonore à la percussion que le gauche. Toutefois ces symptômes étaient trop vagues pour donner l'éveil sur l'existence d'un anévrysme, d'autant plus que les murmures respiratoires étaient demeurés normaux; il n'y avait ni toux ni expectoration, en un mot, aucun symptôme pulmonaire. Aussi, l'idée d'un anévrysme thoracique ne me vint jamais, et si j'avais pu l'avoir il n'est pas probable que je m'y fusse arrêté, quoique maintenant, en réfléchissant à tout, l'importance des faits énumérés plus haut soit manifeste et qu'il soit à peu près certain que la lésion existait déjà au moment de l'entrée du malade à l'Infirmerie. Continuant l'histoire du malade, durant les deux ans et demi qu'il a passés sous nos yeux, je trouve que le 6 avril, étant dans le service du Dr Christison, « il se plaignit de douleurs lancinantes dans le dos, entre les épaules et jusque dans les bras. » Le 20 novembre suivant, dans le service du Dr Alison, « il se plaignit d'une douleur vive sous la clavicule gauche. » Les deux fois, la douleur fut de courte durée. Je ne retrouve plus ensuite d'autre symptôme pouvant avoir trait à l'anévrysme thoracique jusqu'au 29 janvier 1852, lorsqu'il fut saisi de tous les symptômes d'une pleurésie aiguë. Depuis longtemps on n'avait pas examiné sa poitrine, et, lorsqu'à cette occasion on le fit, on trouva de la matité dans tout le côté gauche de cette cavité, en avant comme en arrière. On attribua cette matité ainsi que les autres symptômes concomitants à une pleurésie avec vaste épanchement; au surplus, en pesant bien tous les symptômes et les signes physiques, je ne vois point ce qui eût été de nature à faire penser différemment. En effet, il y avait certainement pleurésie, comme le témoignent le bruit de friction observé durant la vie et les adhérences chroniques solides trouvées à l'autopsie. Toutefois, il faut bien le dire, il n'est guère douteux que la matité, l'augmentation de la résonnance vocale et les autres signes dépendaient en grande partie de la tumeur anévrysmale. Il est un symptôme assez ordinaire avec les anévrysmes thoraciques, et qui ne se présente pas chez notre malade, c'est l'hémoptysie. Une seule fois il y eut des crachats sanguinolents, ce fut le 2 février, quatre jours après l'apparition de la pleurésie. J'ai souvenance, que ce symptôme m'engaga à examiner la poitrine avec le plus grand soin, pour m'assurer s'il n'existait pas également quelque point de pneumonie; or je n'entendis nulle part de crépitation. J'ai la certitude, à la suite de cet examen, comme après celui que je fis également lorsque le malade est entré dans nos salles, qu'il n'existait, dans la poitrine, aucun souffle ni aucun bruit anormal dépendant de l'anévrysme. Il n'est donc pas étonnant, qu'à partir de cette époque, la matité du côté gauche du thorax n'étant accompagnée d'aucun autre symptôme, ait été rapportée constamment à la pleurésie chronique, plutôt qu'à l'anévrysme thoracique. De plus, vous vous souviendrez peut-être qu'à la même

époque, il y avait dans la salle un autre homme également atteint de pleurésie chronique du même côté, et présentant absolument les mêmes symptômes que Smith. C'est assez vous dire combien le diagnostic de cet anévrysme était difficile, si pas impossible ; car, en supposant même que l'idée en fût venue à quelqu'un, et qu'on eût cherché dans ce sens, je n'imagine point à quel symptôme on se fût rattaché pour soutenir semblable opinion. Hâtons nous de le dire, pourtant, il nous répugne d'admettre absolument que l'existence d'un pareil anévrysme puisse être complétement hors de la portée de nos moyens de diagnostic ; eût-on, en effet, procédé à un nouvel examen de la poitrine, peu de temps avant l'invasion de la pleurésie, je ne doute pas qu'on y eût découvert une tumeur, et que d'après le siége de cette dernière et les circonstances concomitantes, on ne fût arrivé finalement à conclure à l'existence d'un anévrysme à la partie inférieur du thorax. C'est pour n'y avoir pas songé et surtout pour avoir négligé l'examen physique de la poitrine en ce temps là, que la tumeur n'a pu être découverte durant la vie.

Anévrysme abdominal. Quand Smith est entré dans l'établissement, l'anévrysme avait atteint un volume considérable ; son diamètre transverse était de sept centimètres et demi. Les limites inférieure et latérales étaient seules accessibles, la partie supérieure de la tumeur remontant jusque sous les fausses côtes. Néanmoins, j'estimai le volume de cette tumeur à peu près égal à celui d'une noix de coco. Elle était le siége de battements surtout quand le sujet était debout. Elle a, dans la suite, subi une notable réduction, puisque peu de temps avant la mort du sujet, on ne la sentait plus grosse que comme un œuf de poule ; l'historique dit même comme un œuf de pigeon ou une grosse noix. Quoiqu'il en soit de ces appréciations, nous venons de voir qu'elle avait encore la grosseur d'un très gros citron. Elle était ovale de forme, l'une des extrémités reposant profondément sur la colonne vertébrale et l'autre dirigée vers les téguments ; voilà comment, durant la vie, ne sentant qu'une extrémité, nous nous sommes mépris sur ses dimensions réelles. Nous venons de le voir toutefois, toute la tumeur est dense et résistante et, à la coupe, elle présente un grand nombre de lamelles concentriques de fibrine coagulée, à travers lesquelles un petit canal livrait passage au sang destiné à l'artère mésentérique supérieure. Le sujet présentait habituellement une teinte ictérique, dépendant sans doute de la compression exercée par la tumeur sur le duodénum et sur les canaux biliaires.

Paraplégie et ramollissement spinal. Le malade se plaignit, pour la première fois, de faiblesse dans les membres inférieurs, au commencement de janvier 1852 ; avec ce mois se terminait mon tour de service dans les salles de la clinique. Nous lisons dans l'observation que le 17 mars, il y avait une paralysie manifeste du mouvement, mais avec conservation d'une certaine sensibilité dans les membres inférieurs. Au 8 avril, la paralysie était complète ; en d'autres termes, la volition était impuissante à provoquer du mouvement dans les extrémités inférieures et les excitations

qu'on y appliquait ne déterminaient plus de sensation. Cependant, des mouvements involontaires s'y observaient encore; c'étaient des contractions partielles et des soubresauts, mais jamais le sujet n'éprouva plus de douleur dans ces parties. Dans les cas de myélite, les symptômes habituels consistent en picotements et en fourmillements à la plante des pieds. Ces symptômes n'existaient pas, ce qui se conçoit, vu la nature du ramollissement de la moëlle épinière. Nous n'y avons pas constaté de cellules granulaires, se rattachant à un exsudat et à sa transformation en granules graisseux; seulement, la substance tubulaire était désagrégée, et il ne restait plus des tubes nerveux que des fragments ovales ou arrondis. C'était, en un mot, un ramollissement mécanique, simplement le résultat de la compression graduelle subie par cette portion de la moëlle. Cette distinction n'a guère encore été établie jusqu'ici dans les ouvrages de pathologie (voir t. I, p. 457). Observez que la tumeur anévrysmale a commencé à presser sur la colonne d'abord du côté gauche et d'avant en arrière; aussi les symptômes se sont-ils manifestés en premier lieu dans la jambe gauche; le mouvement a été paralysé le premier et le sentiment en dernier lieu.

Traitement par la méthode de Valsalva. Peu de temps avant l'arrivée de Smith, j'employai également la méthode de Valsalva dans un autre cas d'anévrysme abdominal. Le traitement dura quarante jours, au bout desquels le malade fut en état de quitter l'établissement et même de faire à pied une distance de 250 mètres pour prendre un cab, puis le chemin de fer (1). Chez Smith, les saignées ont été plus répétées et plus abondantes; le régime fut également plus restreint. Cependant, au bout d'un mois de traitement, le pouls conservait encore tant de force que j'ordonnai une nouvelle saignée poussée *jusqu'à la syncope*. L'élève qui en fut chargé tira 800 grammes de sang, et, effrayé de la quantité, banda le bras, n'osant aller plus loin. Trois jours après, on pratiqua encore une saignée de 850 grammes, et seulement alors avec un commencement de syncope. Malgré l'emploi fréquent de saignées pareilles, malgré de nombreuses applications de sangsues et le régime sévère auquel on tenait le malade, nous voyons que le 21 avril 1850, « sur ses instances, on a fait hier une saignée de plus d'un kilogramme, lui ne cessant de répéter qu'il ne sentait encore rien, jusqu'à ce qu'enfin il s'affaissât sur lui-même en syncope. » Je serais donc porté à croire que chez ce malade, et aussi chez le précédent, la méthode n'a pas encore été poussée aussi loin qu'elle comporte. Au reste, l'infirmière nous a appris que durant les deux premiers mois, la diète fut observée strictement, car à cette époque le malade souffrait beaucoup et paraissait très désireux de suivre le traitement prescrit. Mais, dans la suite, il est fortement à présumer qu'il recevait un supplément de ration de ses voisins, ou encore d'autre part. J'observe en effet qu'au moment où la diète semblait réduite à ses dernières limites, jusqu'en juillet,

(1) Voir *Monthly Journal*, février 1850, p. 169.

le sujet allait et venait avec beaucoup d'aisance. La conclusion naturelle à tirer de ces deux exemples, c'est qu'il est bien difficile de mettre en pratique la méthode de Valsalva, au moins dans une salle commune d'hôpital, car il faudrait pour cela une surveillance qu'il est presque impossible d'obtenir.

Quoi qu'il en soit, les bons effets du traitement, malgré la manière imparfaite dont il a été suivi, ont frappé de surprise tous ceux qui ont observé le malade, lequel, de son côté, était le premier à demander d'être saigné. D'ailleurs, après chaque saignée, les douleurs déchirantes et autres sensations pénibles qu'il éprouvait dans l'abdomen, le quittaient invariablement, et il rentrait dans une période de calme plus ou moins longue. Un autre indice plus significatif encore des bons effets de la méthode, c'était la diminution graduelle du volume de la tumeur. Au mois d'octobre, le Dr Christison la trouva plus ou moins mobile; au mois de décembre, quand le malade me fut confié de nouveau, elle était redevenue stationnaire. Dans le courant de l'année 1851, le malade se trouva comparativement assez bien, tout en éprouvant de loin en loin des douleurs abdominales dont les saignées ou des sangsues avaient toujours raison. C'est au point qu'au commencement de 1852, tous ceux qui le voyaient le signalaient, en somme, comme un exemple remarquable des bons effets de la méthode de Valsalva. Bientôt, cependant, apparut un commencement de paraplégie, nous avertissant que le mal n'était réellement pas vaincu, mais que la colonne vertébrale était comprimée. Vint alors la pleurésie et bientôt la paraplégie complète; à partir de ce moment, il n'y avait plus de doute à garder, l'issue devait être fatale.

L'autopsie à laquelle nous venons de procéder me paraît avoir une grande importance, non seulement au point de vue du diagnostic, pour déterminer la nature de l'anévrysme, mais surtout en nous donnant l'occasion d'apprécier à sa juste valeur le traitement de Valsalva. Ce cas nous fournit l'application d'un principe général, principe vers lequel tendent insensiblement tous ceux qui ont à cœur d'arriver à une médecine rationnelle, à savoir : que si l'examen cadavérique est nécessaire à la vérification du diagnostic et à l'étude des lésions pathologiques, il n'est pas moins indispensable au point de vue thérapeutique dans le but d'apprécier les méthodes de traitement. Supposons un instant que cet homme eût succombé à sa pleurésie, au commencement de 1852, et, comme il arrive trop souvent qu'on eût refusé l'ouverture du corps, je suis convaincu que ce cas n'eût pas manqué d'être consigné dans les annales de la médecine comme un succès de la méthode de Valsalva. Maintenant, cependant, en présence des faits, nous voyons clairement que la diminution de la tumeur abdominale tenait au développement de la tumeur thoracique, car, la force du courant sanguin diminuant par suite de l'ampliation de la poche anévrysmale supérieure, le flux devait se trouver ralenti dans la tumeur située au-dessous. En conséquence, le dépôt concentrique de fibrine, la diminution de la tumeur abdominale, et les rémissions prolongées de la douleur, au lieu

d'être l'effet du traitement comme nous le supposions, doivent être attribués, rationnellement, à l'accroissement de l'anévrysme thoracique méconnu durant la vie, mais qui amena ces résultats d'une façon mécanique et tout à fait indépendamment de l'art.

Le traitement des anévrysmes internes par la méthode de Valsalva est tombé dans le discrédit depuis quelque temps, en Angleterre, par la raison qu'il suscite une irritabilité générale et des symptômes extrêmement pénibles, le plus souvent même insupportables ; enfin, pour tout dire, il est rare qu'il ait été suivi d'une amélioration durable. Dans le cas qui nous occupe, comme dans celui dont j'ai fait mention plus haut, il est bien vrai qu'il n'a jamais donné lieu à ces effets si décourageants, au contraire, il a souvent (spécialement les saignées) produit un soulagement marqué. L'expérience que j'ai acquise à ce sujet n'est pas, je l'avoue, en faveur de la persistance de ces bons effets, mais à un autre point de vue, je veux dire au point de vue si important dans la pratique, de procurer un soulagement momentané, les saignées répétées comme les faisait Valsalva, tout en restant impuissante vis-à-vis des progrès de l'affection organique, trouveraient dans ce cas un grand encouragement.

Empoisonnement par l'aconit. Voici les renseignements que j'ai pu recueillir sur l'empoisonnement de cet homme. — Le lundi, 31 mai, vers onze heures du matin, l'attention de M. Broadbent (externe) et du Dr Murchison (interne), tous deux en ce moment dans la salle, fut attirée du côté de Smith par une sorte de gémissement ou de plainte. Ils le virent assis sur son lit, penché en avant et gémissant comme s'il eût éprouvé de violentes coliques. M. Broadbent, qui était le plus rapproché, courut à son chevet et lui demanda : « Qu'y a-t-il ? » Smith ne répondit pas immédiatement, mais continua de gémir ; il agitait les bras faiblement et M. Broadbent remarqua que les mains retombaient aussitôt qu'il les soulevait. Il essaya alors de prendre son crachoir, mais comme il n'y parvenait point, on le lui donna ; il le saisit, et après l'avoir levé jusque près de sa bouche, il cracha. Il dit alors, en s'arrêtant à chaque parole : « y a-t-il quelque chose d'extraordinaire à ma figure ? j'ai bien mal ; quelle médecine ai-je donc avalée ! » On lui demanda de désigner sur la planche du lit, la bouteille qu'il avait prise. « C'est cette petite bouteille qui est là, » répondit-il. M. Broadbent prenant celle qu'il désignait, vit sur l'étiquette que c'était un liniment composé comme suit : teinture d'aconit, 15 grammes ; liniment saponiné avec opium, 45 grammes. Le Dr Murchison accourut à son tour auprès de Smith et ne lui trouva plus de pouls ; lui ayant ensuite soulevé le bras, il observa qu'il retombait comme une masse inerte le long du corps. Smith demanda alors à plusieurs reprises : « N'y a-t-il plus rien à faire pour moi ? — Que pouvez-vous faire pour moi ? — Ne pourriez-vous pas me donner un vomitif, etc. ? » On fit quérir immédiatement un vomitif de sulfate de zinc. Il fut constaté que les pupilles n'avaient subi aucun changement marqué, qu'il n'y avait pas de lividité des lèvres ni de la face ; on ne sentait plus aucun battement dans la région cardiaque et bientôt la

respiration alla s'affaiblissant et devenant laborieuse. Le Dr Murchison quitta alors le malade pour chercher une pompe stomacale, et M. Broadbent lui vit faire, à deux reprises, des efforts comme pour vomir. Il s'empressa en conséquence de chercher dans la chambre voisine une plume ou quelque chose qui pût servir à lui chatouiller la gorge ; mais il s'entendit appeler immédiatement, parce que Smith était plus mal. De retour auprès du malade, il le vit affaissé dans son lit, la tête rejetée en arrière, la face et les lèvres extraordinairement pâles, de la salive découlant du coin de la bouche, la respiration ne se faisant plus qu'à de longs intervalles, avec un soupir, les paupières paralysées, restant fixes quand on les ouvrait et ne se fermant plus quand on soufflait sur l'œil. En un mot, le sujet était tout à fait privé de sentiment; le vomitif arrivé en ce moment, ne put donc être administré. Une minute plus tard, le Dr Murchison accourant avec la pompe stomacale le trouva mort. Néanmoins, l'instrument fut mis immédiatement en œuvre et on retira un demi litre d'une matière semi-pultacée exhalant une forte odeur de liniment, enfin, on essaya la respiration artificielle pendant cinq minutes mais ce fut en vain.

Le temps écoulé entre le premier cri ou gémissement de Smith, jusqu'au retour du Dr Murchison, au moment où le malade rendait le dernier soupir, est évalué différemment par les deux témoins, l'un l'estimant à cinq minutes, l'autre à sept. Le liniment, composé comme il a été dit plus haut, était encore intact (60 grammes), croit-on, lorsque Smith but à la bouteille. On trouva qu'il en est resté à peu près vingt grammes, de sorte que l'individu avait absorbé environ douze grammes de laudanum et plus de huit grammes de teinture d'aconit.

La mort de Smith est-elle accidentelle ou le résultat d'un suicide? c'est ce qu'on ne saura vraisemblablement jamais. Ses plus anciens compagnons de salle, de même que l'infirmière, sont pour la dernière supposition, d'autant plus que le sujet était trop intelligent pour prendre un liniment pour une potion. Il paraît en outre, que personne n'était plus précautionneux que lui, quand il s'agissait de prendre un médicament; d'ailleurs le liniment n'avait pas été prescrit pour lui : il l'avait reçu d'un malade d'une salle voisine et l'avait gardé sur la planche de son lit, plusieurs jours. Or, dans ces derniers temps, la paraplégie faisant sans cesse des progrès, il était tombé dans le découragement et était devenu extraordinairement taciturne. Quant aux phénomènes qui ont suivi l'ingestion du poison, il est très probable qu'il éprouvait ces sensations violentes de fourmillement et de piqûres, auxquelles l'aconit donne lieu dans la bouche et dans la gorge ; ainsi s'expliquent les douleurs dont il se plaignit à la face. Comme il était frappé de paraplégie, on ne sait pas jusqu'à quel point le poison a pu affecter les muscles des membres inférieurs. Cependant, l'intelligence était encore évidemment intacte lorsque les bras commencèrent à s'affaiblir, puis à se paralyser. Enfin, il fut hors d'état de se maintenir assis; au moment où il s'affaissa, les muscles de la face et de la respiration s'entreprirent et il ne tarda pas à succomber à l'asphyxie. Mais, antérieurement

à ces phénomènes, un effroyable effet sédatif devait s'être produit sur le cœur, car, lorsqu'on vint auprès de lui, on ne trouva déjà plus de pouls, et presqu'aussitôt, il fut impossible de constater le moindre battement à la région du cœur.

Suivant le Dr Christison, les symptômes les plus constants de l'empoisonnement par l'aconit chez l'homme, sont : « en premier lieu de l'engourdissement, des picotements, une diminution de la sensibilité cutanée, du trouble ou l'abolition de la vision, de la surdité et des vertiges; — en outre, de l'écume à la bouche, un serrement à la gorge, des sensations imaginaires d'augmentation de poids ou de volume de certaines parties du corps; — une grande faiblesse musculaire avec tremblement, la perte de la voix et une respiration laborieuse; — un sentiment pénible d'affaissement avec pressentiment de mort; un pouls petit, faible, irrégulier et s'effaçant graduellement; — des sueurs froides, visqueuses; la face pâle et exsangue, et, au milieu de tout cet appareil de mort, la possession entière des facultés intellectuelles, sans aucune tendance à la stupeur ni à l'assoupissement; enfin mort soudaine, comme à la suite d'hémorrhagie, et généralement dans un laps de temps variable entre une heure et demie et huit heures (1). » Bien que chez notre malade beaucoup des symptômes précédents n'aient pas été notés, on en reconnaît clairement les plus caractéristiques, indiquant l'action physiologique du poison. Si l'on songe à la dose énorme qui en fut absorbée et à la rapidité foudroyante de ses effets, on comprendra aisément, que les symptômes accessoires, et notamment ceux relatifs aux sensations du patient, n'aient pu être notés et n'aient peut-être pas même existé.

Le Dr Fleming pense que l'aconit donne la mort : « en premier lieu, en provoquant un effet sédatif puissant sur le système nerveux; en second lieu, en paralysant les muscles de la respiration; enfin, en produisant la syncope. » Il fait observer que « le second mode d'amener la mort n'a jamais été observé chez l'homme, sans doute parce que la quantité de poison absorbé n'a jamais été suffisante pour exercer un effet de cette nature en agissant avec assez d'énergie sur les systèmes nerveux et musculaires (2). » Le cas de Smith, en effet, est le seul, que je sache, où la dose de ce poison ait été aussi considérable et la mort aussi rapide. Il est difficile, en pareil cas, de distinguer les effets de la syncope de ceux de la paralysie, attendu que la première entraîne nécessairement la seconde. Ici, les deux conditions semblent réunies en même temps. Il n'est pas davantage aisé de déterminer jusqu'à quel point les effets sur la respiration dépendaient de la paralysie, remontant des extrémités inférieures vers le haut, comme dans le cas de Gow (obs. LIV). Certaines expériences, néanmoins, faites par le Dr Christison, portent à le croire, et on observera

(1) *On Poisons*, 4me édit., p. 871.

(2) *An Inquiry into the Physiological and Medicinal Properties of the Aconitum Napellus*. Edinburg, 1845, p. 42.

que chez Smith, la paralysie des mains et des bras précéda celle des muscles du dos et de la face.

Le diagnostic général des anévrysmes thoraciques a toujours été regardé comme offrant les plus grandes difficultés. Quand, à la vérité, on sent une tumeur avec des battements distincts, on sait généralement à quelle maladie on a affaire. Toutefois, même alors, des erreurs commises par des hommes de la plus grande expérience ont assez prouvé que les moyens de diagnostic de ces tumeurs sont encore imparfaits. En outre, si l'on est en présence d'un anévrysme situé dans la partie supérieure de l'abdomen, il est important de déterminer s'il provient de l'aorte ou des gros vaisseaux qui en sortent, et enfin quel est le vaisseau affecté. Cependant, les anévrysmes de la partie supérieure de l'aorte descendante pressent sur les nerfs du voisinage, notamment sur les nerfs laryngés supérieur et inférieur, sur les rameaux pharyngiens du pneumogastrique, de là des symptômes variables; ou bien encore ils compriment le larynx, la trachée, les bronches, l'œsophage et parfois le poumon lui-même; de là des troubles divers selon l'organe intéressé. Lorsque la tumeur est située profondément dans le thorax, son évolution est souvent latente. On peut donc établir en règle générale que les symptômes et les signes déterminés par les anévrysmes thoraciques varient : 1° suivant leur siége; 2° suivant le volume de la tumeur et les organes qu'elle comprime au voisinage; 3° enfin, selon la nature de l'anévrysme, son mode de formation et l'état du vaisseau lésé.

Les moyens dont nous disposons pour la recherche des anévrysmes sont : 1°, la percussion; 2°, l'auscultation; 3°, la palpation; 4°, les symptômes auxquels ils donnent naissance.

1. *Percussion.* — Piorry a démontré, le premier, que la situation et le volume de l'aorte peuvent être fixés avec précision à l'aide de la percussion (1). J'ai souvent réussi, dans des conditions favorables, à préciser de la sorte le volume de ce vaisseau. Pour y parvenir, il faut, au préalable, établir exactement les limites du cœur, suivant la manière exposée (t. I, p, 67), puis, le pléssimètre étant ramené en haut, dans la direction de l'aorte et sur le sternum, la matité du vaisseau, comparée avec la résonnance du poumon, peut être rendue très apparente. De même, on parviendra souvent à déterminer avec exactitude l'étendue d'une poche ou d'une simple dilatation anévrysmale, quand elle siége le long des portions ascendante ou transverse de la crosse de l'aorte. Dans ces cas, pourtant, la douleur rend souvent la percussion impossible, au moins faut-il procéder avec beaucoup de délicatesse. Quand l'anévrysme siége sur le parcours de l'aorte descendante, ses limites sont plus difficiles à tracer, attendu que la percussion se fait à travers le poumon, à la face antérieure du thorax. Toutefois, une manœuvre attentive, en faisant varier la force du coup,

(1) De l'examen pléssimétrique de l'aorte, etc., 1840.

en avant, et la percussion de la face postérieure, permettront souvent de déterminer la position et le volume de la tumeur. Mais si l'anévrysme est petit et situé profondément, si le poumon reste sain, et si en même temps le médecin n'a aucun sujet de soupçonner semblable lésion, il est à peu près certain qu'il n'attachera guère d'importance à une légère matité dans l'un ou dans l'autre côté de la poitrine.

2. *Auscultation.* — Il se peut que l'on n'entende aucune espèce de bruit au-dessus d'un anévrysme, et, s'il en existe un, il peut être simple ou double. On a beaucoup discuté sur le point de savoir si, dans le dernier cas, le second bruit a son origine dans la tumeur ou s'il se propage le long du vaisseau, en partant du cœur. Ce point de théorie n'est pas encore élucidé. Que le bruit soit simple ou double, c'est d'après son siége et son caractère qu'il faut l'apprécier. Quant au *caractère* de ces bruits, ils peuvent être : 1° doux ou soufflants ; 2° durs et rudes (dans ce dernier cas, le vaisseau lui-même est généralement malade, et sa membrane interne plus ou moins atteinte de dégénérescence athéromateuse ou calcaire) ; 3° il existe parfois un tintement particulier, une sorte de résonnance aigre et brusque, s'approchant du tintement métallique, mais sans pouvoir être jamais confondue avec ce dernier. Ce bruit s'entend d'ordinaire quand il existe une poche anévrysmale libre de caillots, et offrant une étroite ouverture à bords minces et élastiques. Eu égard à leur *siége*, ces bruits, quand ils sont rapprochés du cœur, sont généralement synchroniques avec ceux de cet organe ; il est alors très difficile de les en distinguer. Lorsqu'ils ont leur siége dans la crosse de l'aorte, on en reconnaît l'origine distincte. Pour faire cette différence, il faut comparer le moment de l'impulsion du cœur avec celui de la tumeur, comme aussi le caractère et l'intensité des bruits cardiaques avec ceux des bruits anévrysmaux. Il faut promener avec beaucoup d'attention, le stéthoscope de l'une place à l'autre, et observer la diminution et l'accroissement des bruits, à mesure que l'on s'éloigne ou qu'on se rapproche de leur point d'origine. Il est nécessaire aussi, d'étudier la direction dans laquelle les bruits se propagent, les bruits de souffle ou de rape ayant une tendance à suivre le cours du sang. Voilà pourquoi, dans les anévrysmes du tronc brachio-céphalique, le murmure se propage le long de la carotide primitive droite et de l'artère axillaire ; tandis que dans les anévrysmes et la crosse de l'aorte, spécialement de sa portion descendante, on perçoit ces bruits sur le trajet de l'aorte, en appliquant l'oreille en arrière le long de la colonne vertébrale. De la sorte, l'auscultation et la percussion répétées à diverses reprises permettront, dans la majeure partie des cas, de déterminer exactement d'abord l'existence et le siège de l'anévrysme, puis souvent encore sa forme et sa structure.

3. *Palpation.* — Quand un anévrysme vient faire saillie à l'extérieur, la main appliquée au-dessus avec les mouvements d'expansion qui s'y produisent.

La situation de la tumeur varie selon le point de l'aorte ou du vaisseau

dont elle procède. Ainsi, les anévrysmes sacculaires situés immédiatement au-dessus des valvules aortiques se dirigent vers le bas. Quand l'anévrysme naît du tronc brachio-céphalique, il se montre au-dessus de la clavicule du côté droit. A-t-il son point d'origine dans la portion transverse de la crosse aortique, on ne parvient pas d'ordinaire à sentir la tumeur, mais lorsqu'elle se manifeste à l'extérieur, c'est du côté gauche du sternum qu'elle apparaît, au-dessus ou au-dessous de l'articulation sterno-claviculaire. Les anévrysmes de la partie inférieure de la crosse de l'aorte siégent très communément dans la cavité thoracique gauche. Ces règles n'ont pourtant rien d'absolu, car, bien que la tumeur anévrysmale ait d'ordinaire de la tendance à se développer suivant la direction de l'impulsion ou du cours de sang, il n'est pas moins impossible en certains cas, d'en juger sur le vivant.

L'impulsion dans la tumeur est synchronique avec la systole cardiaque, ou lui succède immédiatement. Parfois on ne sent pas d'impulsion, ce qui dépend le plus souvent de ce que la tumeur ne s'approche pas suffisamment des parois et n'est reconnaissable que par la percussion. Le pouls des artères atteintes d'anévrysmes est souvent affaibli, quelquefois retardé. On ne négligera jamais la comparaison du pouls aux deux poignets; en effet, s'il est très sensiblement plus faible d'un côté que de l'autre, il est clair qu'il existe un obstacle au cours du sang dans l'artère axillaire. Cet effet peut provenir de deux causes : 1° de ce que le vaisseau fait partie de la tumeur; 2° de ce que cette dernière le comprime plus ou moins directement. La première condition se présente le plus communément quand l'anévrysme a pour siége le tronc brachio-céphalique, auquel cas le pouls sera plus faible à droite. Dans les anévrysmes de la crosse de l'aorte, d'autre part, le pouls est généralement moins fort au poignet gauche. Le retard dans le pouls, quand on en constate, tient à des causes analogues à celles qui en affectent la force.

4. Les symptômes observés dans les cas d'anévrysme thoracique varient d'après le volume de la tumeur et selon les organes qu'elle comprime. Quand elle siége à la partie supérieure de la poitrine, la pression venant à s'exercer sur le larynx, pourra déterminer une altération plus ou moins marquée de la voix, une toux plus ou moins rauque et une respiration stridulcuse. Si elle affecte les branches de la huitième paire, on constatera une augmentation ou une diminution dans leurs fonctions spéciales; la compression de l'œsophage s'opposera plus ou moins à la déglutition; celle de la trachée ou des grosses bronches modifiera le murmure respiratoire. Parfois on constate aussi des râles crépitants dans les poumons et beaucoup de symptômes de pneumonie, y compris les crachats rouillés, de la matité et l'augmentation de la résonnance vocale, ce qui a souvent donné lieu à des méprises. La compression exercée par la tumeur sur les nerfs et sur les vaisseaux axillaires peut déterminer un certain œdème et même une paralysie plus ou moins complète. Parfois il y a des douleurs sourdes, déchirantes, lancinantes dans diverses parties de la poitrine; mais

plus remarquables encore sont le volume et la nature formidable de certains anévrysmes lesquels occasionnent à peine du malaise. Parfois il existe un sentiment de constriction et d'oppression, de la dyspnée au repos et des hémoptysies plus ou moins considérables.

Les résultats obtenus par la percussion, par l'auscultation, par le palper et l'impulsion vasculaire, enfin, par les symptômes fonctionnels se combinent et varient à l'infini, suivant les cas. Cependant, leur recherche attentive et leur interprétation à la lumière de la physiologie permettront, dans la plupart des cas, de se former une idée exacte de la nature de l'affection. On ne perdra pas de vue, néanmoins qu'il s'est présenté des cas tellement obscurs, qu'ils ont défié le savoir des médecins les plus expérimentés, et généralement, plus un anévrysme est profondément situé, plus grande est la difficulté de déterminer sa nature précise et les complications qui s'y rapportent. On sait également que ces symptômes ont pu être simulés par une tumeur n'ayant d'autre rapport avec les vaisseaux que de reposer dessus; des erreurs de ce genre commises par les chirurgiens les plus expérimentés, gens qui durant leur carrière ont étudié attentivement un grand nombre de ces tumeurs, témoignent de la difficulté extrême du diagnostic des anévrysmes, même situés dans les membres ou à la région du cou. Combien plus grande sera donc la difficulté lorsque la tumeur est cachée sous le sternum ou les clavicules, sans parler des cas qui se rencontrent dans les profondeurs du thorax. Cependant, les symptômes combinés avec les données fournies par la percussion et par l'auscultation, permettent souvent au praticien de surmonter les plus grandes difficultés, et c'est là, peut-on dire hardiment, un des plus grands triomphes de son art.

Les phénomènes physiques les plus caractéristiques des *anévrysmes abdominaux* sont une tuméfaction plus ou moins définie, un battement avec expansion perçu en y appliquant la main, un bruit de soufflet synchronique avec la systole cardiaque ou la suivant immédiatement. Ce bruit de soufflet est généralement plus prononcé sur la tumeur elle même, et se propage le long de l'aorte; toutefois, quand la lésion est immédiatement au-dessous du diaphragme on pourrait le confondre avec le premier bruit du cœur. Les symptômes sont très variables; ils consistent en tiraillements et en douleurs de diverse nature, plus ou moins aiguës et prolongées, provoquées par le tiraillement ou la compression de quelque nerf du voisinage, ou par le trouble fonctionnel de tel ou tel viscère abdominal. Plusieurs observations de ce genre contiennent une succession de symptômes extraordinaires, et les hommes de l'art ne s'accordent nullement à fixer l'affection à laquelle il faut les rapporter. Une complète réinvestigation des symptômes et des signes se rencontrant dans les anévrysmes abdominaux serait donc bien nécessaire. Toutefois, c'est là une tâche qui exige une connaissance approfondie de tout ce qui concerne le diagnostic physique et l'anatomie pathologique, en même temps, une grande habileté d'observation et enfin une série de circonstances tellement favorables que bien peu de médecins ont la chance de les rencontrer.

La pathologie des anévrysmes a été suffisamment développée aux articles « production vasculaires », t. I, p. 282 et « dégénérescence graisseuse des vaisseaux sanguins » t. I, p. 329. Cette dernière lésion en affaiblissant la paroi vasculaire ou en diminuant son élasticité favorise sa dilatation par suite de l'impulsion incessante du sang sur un tissu affaibli. Parfois, c'est une violence mécanique ou quelque brusque effort qui déchire la tunique interne du vaisseau. A mesure que la tumeur anévrysmale se développe, elle presse de plus en plus sur les organes voisins ; elle en provoque l'atrophie, l'ulcération et l'absorption interstitielle des éléments, donnant ainsi naissance à une variété infinie de symptômes, selon la situation de la tumeur, les organes et les tissus intéressés, la puissance et le genre de pression exercée sur les tissus qui jouent un rôle dans les fonctions de nutrition et d'innervation.

Le traitement des anévrysmes est curatif ou palliatif. Le premier rentre dans le domaine de la chirurgie. Le traitement général par la méthode de Valsalva a déjà été apprécié (t. II, p. 210) ; il est rarement mis en pratique de nos jours. Tout ce que le médecin peut faire, c'est de pallier les symptômes, de diminuer les chances de rupture, et de favoriser l'oblitération des vaisseaux dilatés. A cette fin, il insistera surtout sur la tranquillité physique et morale, et particulièrement sur l'abstention de tout effort subit ou longtemps soutenu. Parfois, la saignée locale et générale, des applications à la glace ou d'eau chaude, suivant les indications, seront des adjuvants utiles, en exerçant une action sédative et en diminuant la douleur. On se prémunira soigneusement contre la constipation, et on s'efforcera de maintenir la nutrition dans des limites normales, en veillant sur les fonctions organiques, en prescrivant un exercice modéré, etc., etc.

MALADIES DES VEINES ET DES LYMPHATIQUES.

Obs. CXXXIII (1). — *Phlébite de la veine iliaque gauche, compliquant un cancer de l'estomac et de l'œsophage.*

Commémoratif. — Alexandre Henderson, 23 ans, boulanger, entré le 22 juin 1863, assure qu'il a toujours joui d'une bonne santé jusqu'il y a environ un an. Il commença à cette époque à éprouver du pyrosis revenant tous les jours. Il y a environ six semaines, une demi heure après son repas, il vomit pour la première fois. Depuis lors, il vomit chaque fois qu'il a mangé, et d'habitude immédiatement après avoir avalé ; il éprouve du reste, dans l'acte de la déglutition, une sensation comme si le bol alimentaire rencontrait un obstacle à son entrée dans l'estomac.

Symptômes a l'entrée. — La langue est pâle, nette à la pointe, mais chargée en arrière. Pas d'appétit. Le malade rend immédiatement ce qu'il vient d'avaler ; aujourd'hui pourtant un peu de beef-tea a pu être retenu. Au moment ou un bol solide descend l'œsophage, il éprouve soudain une sorte d'obstacle rapporté à

(1) Recueillie par M. John Wylie, élève du service.

environ cinq ou huit centimètres à gauche du cartilage xyphoïde, et immédiatement après survient le vomissement, à moins qu'au bout de quelques instants le sujet ne sente distinctement ce bol glisser dans l'estomac. Il souffre sans cesse de picotements dans les régions épigastrique et hypochondriaque gauche; ce mal augmente par la pression et a son maximum d'intensité au point où est rapporté l'obstacle à la déglutition. On ne sent pas de tumeur. La matité hépatique mesure onze centimètres. Constipation. La pointe du cœur bat entre la quatrième et la cinquième côte, à environ un centimètre au côté interne et au-dessous du mamelon gauche. La matité cardiaque est de six centimètres. Un souffle doux accompagne le premier bruit à la pointe. Pouls à 72, très-faible. Toux fréquente avec expectoration muco-purulente. Le murmure respiratoire à la partie postérieure du thorax est un peu rude, et l'expiration s'accompagne de quelques râles sibilants. Grand amaigrissement. Pâleur de la face. Autres fonctions normales.

Marche de la maladie. — Les symptômes gastriques dont le malade se plaignait subirent un amendement marqué, grâce à l'attention minutieuse apportée à son régime, lequel se compose d'une alimentation douce, prise en petite quantité quatre à cinq fois par jour. Les vomissements avaient cessé et le malade se promenait dans les salles, lorsque le 13 *juillet* à trois heures après midi, il eut un frisson suivi de symptômes fébriles; dans la soirée, il se plaignit d'une douleur violente dans la région épigastrique, laquelle était ballonnée et tympanitique à la percussion. Absence d'appétit. Face injectée. Pouls à 102, très-faible. Depuis quelques jours, déjà, il s'était montré un léger œdème aux chevilles et on avait prescrit une potion diurétique. — 14 *juillet*. Les symptômes fébriles ont diminué; pouls à 84, faible. — 16 *juillet*. Le malade a eu, aujourd'hui, des frissons à plusieurs reprises. Il se plaint aussi de douleurs aiguës lancinantes, le long de la jambe gauche et partant du pli de l'aine; ce membre examiné, se trouve être fortement enflé et garde l'empreinte du doigt qu'on y appuie. On sent en outre quelques glandes lymphatiques dans l'aine gauche. L'œdème de la jambe gauche, au contraire, a beaucoup diminué. Pouls à 82, faible. 600 grammes d'urine ont été rendus en 24 heures; ce liquide ne contient pas d'albumine. *Appliquer un large cataplasme à l'aine gauche.* — 18 *juillet*. Le malade continue à sentir encore de temps en temps des frissons, suivis des symptômes fébriles. Anorexie. Œdème des membres sans changement : la jambe gauche est très-gonflée; la droite l'est à peine. La douleur persiste dans le membre inférieur gauche. — 20 *juillet*. L'œdème augmente encore à gauche; il a disparu, au contraire, à droite. Le membre gauche est toujours le siége de douleurs lancinantes le parcourant de haut en bas. L'appétit reste toujours nul, mais le sentiment d'un obstacle au passage des aliments a tout à fait disparu. Il a fallu combattre la constipation à l'aide d'huile de ricin. L'abdomen est distendu par du gaz. Pouls à 118, faible, parfois intermittent. 660 grammes d'urine. — 21 *juillet*. Le malade a eu un frisson la nuit dernière, et aujourd'hui à deux heures après midi il est en plein accès de fièvre, la face injectée ou plutôt empourpée, la langue couverte d'un endroit jaune épais, sèche, crevassée et fendillée. Pouls à 130, très-faible et intermittent. Toujours absence d'appétit. Pas de douleur, excepté lorsqu'on appuie dans l'aine gauche. Grande agitation. On ne sent pas de pulsation dans l'aine gauche mais bien de l'induration. On doit administrer une dose d'huile de ricin tous les deux jours. — 22 *juillet*. Le malade est dans le décubitus dorsal, les yeux fixes, ternes, les paupières à demi fermées. La langue est couverte d'un enduit sec, jaunâtre, et sort avec peine de la bouche. Le malade répond encore aux questions qu'on lui adresse et dit avoir très-peu de souffrance, mais seulement du malaise dans la région épigastrique. Pouls à 140, faible et intermittent; douleurs et agitation la nuit. *Prescr.: Chlorodyne, 90 centigrammes; Esprit d'éther chlorique, 2 grammes; Mixture camphrée, 22 grammes; M. A prendre à l'heure du coucher.* — 23 *juillet*. Le malade a été fort agité la

nuit et s'est plaint de douleur au bas du dos. Après avoir pris le médicament à onze heures, il fut plus tranquille, mais l'agitation reparut après minuit, et à quatre heures du matin il expira.

Autopsie. — Trente-cinq heures après la mort.

Grand amaigrissement. Teinte ictérique légère.

Thorax. — Le péricarde contient une forte quantité de sérosité jaunâtre.

Cœur. — Les valvules aortiques sont suffisantes. La valvule mitrale est un peu athéromateuse. Les *poumons* présentent quelques nodules cancéreux mous, gros comme des billes de marbre et disséminés dans le parénchyme.

Abdomen. — Les intestins sont fortement distendus par des gaz. — Le *foie* contient dans son épaisseur quelques noyaux cancéreux dont la grosseur varie entre celle d'une bille de marbre et celle d'un œuf de poule. — *Estomac.* L'orifice cardiaque et environ sept centimètres de la partie inférieure de l'œsophage sont envahis par un tissu squirrheux dur, ulcéré à la face interne. — Le *pancréas* est intact. — Le *mésentère* présente, notamment vers son origine, quelques noyaux squirrheux gros comme des marbres.

La *veine iliaque gauche* est fortement distendue et donne la sensation d'une grosse corde. En l'incisant suivant sa longueur, on la trouve obturée par un caillot long de dix centimètres. En cet endroit, ses parois ont trois millimètres d'épaisseur et sont adhérentes au caillot. Ce dernier offre une couleur uniforme, d'un rouge de brique; il est ferme à l'extérieur, ramolli et à consistance de pulpe au centre, où il a acquis par places une couleur fauve. Les veines s'abouchant dans l'iliaque externe sont également obstruées par des caillots. — Les autres organes n'offrent rien à noter.

Examen microscopique. — La partie la plus ferme du caillot se compose d'une matière amorphe, dense, et de globules sanguins disloqués. Les portions molles se composent de fibrine moléculaire diffluente, et de quelques cellules incolores, ressemblant à celles du pus.

Commentaire. — Chez cet homme, faible et amaigri par suite d'un cancer avec rétrécissement du cardia, survient, sans cause connue, une fièvre intense, suivie d'une douleur aiguë dans l'aine gauche et d'œdème dans le membre correspondant. Cette nouvelle affection ne désempare pas, et le sujet est emporté en dix jours. A l'autopsie, on trouve une inflammation de la veine iliaque gauche, dont les tuniques sont épaissies à l'endroit d'un caillot obturateur. Ce cas nous offre un nouvel exemple d'une inflammation grave locale chez un sujet affaibli, et devenue fatale par suite du manque d'énergie vitale nécessaire pour accommoder l'économie à cette nouvelle lésion. Toutes les fois qu'il se produit une phlébite, il se forme un caillot qui obture le vaisseau et provoque de l'œdème comme conséquence. Le traitement doit avoir pour but de soutenir les forces jusqu'à ce qu'une circulation collatérale nouvelle se soit établie, ce qui se fait généralement, si le sujet est fort et le mal sans autre complication. Mais lorsque les forces sont déjà insuffisantes, par suite d'une affection antérieure, comme chez notre malade, l'issue fatale ne peut être que hâtée par cette complication.

Digitized by Google

Obs. CXXXIV (1). — *Angioleucite dans le cours d'un rupia. — Guérison.*

Commémoratif. — John Mercer, 32 ans, drapier, entré le 19 février 1859, est atteint d'un rupia, symptôme tertiaire d'une syphilis traitée antérieurement par le mercure. Cet individu s'adonne à la débauche et a déjà séjourné dans l'établissement pour un delirium tremens. Toute la surface cutanée est parsemée de croutes brunes noirâtres, imbriquées, proéminentes, dont la dimension varie de la largeur d'un pois à une pièce de cinquante centimes. Les fonctions se font normalement. *Prendre 0.30 centigrammes d'iodure de potassium, trois fois par jour. Bain alcalin.*

Marche de la maladie. — 25 *février*. Hier soir, le malade se plaignait de douleurs à la face antérieure des deux bras, depuis les poignets jusqu'aux aisselles. Aujourd'hui, le mal est encore plus violent et l'on aperçoit des traînées d'un rouge vif, suivant la direction des vaisseaux lymphatiques et s'étendant le long des surfaces de flexion depuis le poignet jusqu'au milieu des deux bras. La peau intermédiaire est érythémateuse. La langue est chargée, l'appétit nul, la soif vive, mais il n'y a pas eu de frisson. Pouls à 80, suffisamment fort. *Appliquer sur les deux bras des compresses trempées dans l'eau chaude et entourées d'une feuille de gutta-percha, afin de maintenir l'humidité.* — 26 *février*. Les applications humides ont produit un soulagement marqué. Les surfaces de flexion des deux bras sont fortement indurées et gardent encore le même aspect. — 29 *février*. La nuit dernière, le malade a eu, vers minuit, un frisson violent, qui a duré jusqu'à deux heures du matin, accompagné de céphalalgie et de symptômes fébriles généraux. Les deux avant-bras sont, aujourd'hui, plus enflés et plus douloureux; les traînées rouges donnent la sensation de cordes, et la rougeur érythémateuse est plus vive; la peau qui en est le siége, est un peu soulevée au-dessus du niveau avoisinant, comme dans l'érysipèle. *Continuer les applications humides chaudes.* — 2 *mars*. Hier, la douleur et le gonflement ont beaucoup diminué et aujourd'hui ils ont complétement disparu. Le rupia également s'est bien trouvé des applications humides; les écailles sont séparées et la plupart des points ulcérés sont guéris. — 2 *avril*. Le malade a continué d'aller de mieux en mieux, et le rupia est presque entièrement guéri. La nuit passée, cependant, le sujet s'est plaint, de nouveau, de douleur à la partie interne du genou gauche où apparaît un léger érythème et un certain gonflement. *Faire des applications chaudes humides à l'endroit malade.* Ces applications ont produit le meilleur effet; toutefois l'érythème, la douleur et le gonflement ont persisté durant quatre jours, puis, ont commencé à diminuer sans avoir sensiblement envahi les lymphatiques. Le rupia est guéri et il n'en reste que les cicatrices rondes et ovales. — Congédié le 11 avril.

Commentaire. — Il est très possible que l'irritation produite par les croûtes adhérentes du rupia et les ulcérations existant à leur base, ait été ici la cause excitante de l'inflammation des lymphatiques. Toutefois, il n'y avait pas de rapport bien marqué entre des croûtes particulières du rupia et les vaisseaux affectés. Les douleurs et les symptômes généraux et locaux furent un moment très intenses, mais ont cédé à la chaleur humide appliquée sur le siége du mal, ou, pour mieux dire, la douleur a cédé tandis que l'affection en elle-même suivait son cours naturel. Des cas de ce genre se rencontrent rarement dans nos salles.

(1) Recueillie par M. R. T. Land, élève du service.

Le cas le plus remarquable d'affection lymphatique, dont j'aie été témoin, est celui d'une femme dont l'observation a été relatée par le Dr A. Buchanan, de Glasgow (1). La malade était atteinte d'angioleucite à la cuisse. Nous trouvâmes les lymphatiques variqueux, des vésicules disséminées çà et là sur la peau, et laissant échapper, lorsqu'on les ouvrait, un liquide laiteux opaque. Peu de jours après ma visite, le Dr Buchanan m'envoya à peu près un demi litre de liquide chyleux, qui s'était écoulé des vaisseaux lymphatiques de cette femme. En examinant ce liquide au microscope, j'y reconnus nettement une base moléculaire et un certain nombre de corpuscules du chyle.

(1) *Med. Chir. Trans. of London*, vol XLVI.

SECTION VII.

—

MALADIES DU SYSTÈME RESPIRATOIRE.

—

Avant d'aborder l'étude des maladies qui rentrent dans le cadre de cette section, il ne sera peut-être pas inutile, conformément à l'usage que nous avons adopté, de résumer brièvement les règles générales qui doivent présider au diagnostic des lésions du système respiratoire :

1° Un bruit de frottement perçu à l'endroit des organes pulmonaires indique un exsudat pleurétique.

2° Des râles secs ou humides, en l'absence de matité à la percussion ou d'une augmentation de la résonnance vocale, sont l'indice d'une bronchite sans ou avec des mucosités dans les bronches.

3° Des râles secs accompagnant une expiration prolongée, et correspondant avec une sonorité inusitée à la percussion, indiquent de l'emphysème.

4° Des râles humides à la base du poumon, coïncidant avec de la matité à la percussion et une augmentation de la résonnance de la voix, dénotent une pneumonie.

5° De la rudesse à l'inspiration, une expiration prolongée et un accroissement de la résonnance de la voix limité au sommet du poumon, indiquent une phthisie commençante.

6° Des râles humides s'accompagnant de matité à la percussion et d'un accroissement de la résonnance vocale au sommet du poumon, révèlent ou une phthisie avancée ou bien une pneumonie. Il est rare que cette dernière commence ou soit bornée au sommet du poumon; c'est pourquoi ces signes doivent généralement faire penser à une phthisie.

7° De la bronchophonie circonscrite, ou de la pectoriloque s'accompagnant d'un râle caverneux sec ou d'un râle humide, décèlent l'existence d'une excavation. Celle-ci peut-être le résultat soit d'une ulcération tuberculeuse, soit d'un abcès gangréneux, ou seulement d'une dilatation bronchique. La première de ces lésions siège généralement au sommet, et les deux dernières se rencontrent plutôt vers les parties centrales du poumon.

8° Une absence totale de respiration indique une collection de liquide ou d'air dans la cavité pleurale. Dans le premier cas, on trouve une matité diffuse, et dans le second, une résonnance également diffuse à la percussion.

9° Une matité prononcée et permanente avec augmentation de la résonnance vocale, coïncidant avec une diminution ou l'absence du bruit respiratoire dépendra soit d'une pleurésie chronique, soit d'un anévrysme thoracique, soit d'une tumeur cancéreuse du poumon. Le diagnostic différentiel entre ces diverses lésions ne pourra se fonder que sur une étude attentive des signes et des symptômes concomitants.

Les indications diagnostiques générales que nous venons d'exposer et qui résultent des signes physiques, sont sujettes à plusieurs exceptions difficiles à systématiser; une étude minutieuse des cas particuliers peut seule en donner la connaissance. On ne doit pas l'oublier, non plus, il ne suffit pas de s'en rapporter exclusivement à ces signes; il faut encore y joindre une observation attentive de tous les symptômes concomitants. Ainsi les symptômes qui annoncent d'ordinaire une phthisie commençante peuvent être produits par une pleurésie chronique limitée au sommet du poumon, ou bien encore par des tubercules en voie de régression. Dans l'un comme dans l'autre cas, le commémoratif, l'âge, etc., vous mettront à même de déterminer la nature de la lésion.

Il peut se faire aussi qu'au moment de l'examen, il soit impossible de distinguer entre deux affections. Par exemple, on constatera un état fébrile général, plus ou moins d'embarras de la respiration, de la douleur dans le côté, le tout accompagné de matité à la percussion, et en outre d'un bruit anormal difficile à caractériser, donnant à hésiter entre de fins râles humides ou un murmure doux de friction; dans ces conditions, la marche de la maladie ne tardera pas à lever tout doute sur le point de savoir s'il y a là une pleurésie ou bien une pneumonie. Les modifications que subissent les signes physiques durant le cours de la maladie serviront aussi à indiquer au pathologiste les changements en voie de s'opérer dans l'état physique et dans les lésions morbides des poumons. Ainsi, les râles passagers, secs ou muqueux, qui s'entendent dans une bronchite, dénotent des rétrécissements et des obstructions passagères dans les tubes bronchiques. La crépitation fine de la pneumonie au début, à laquelle succède l'absence de murmure respiratoire, et plus tard encore de la crépitation, sont des indices positifs de l'existence d'un exsudat, de la coagulation et d'un ramollissement subséquent de ce même exsudat. Ainsi encore, grâce à l'appréciation exacte des signes physiques et à la connaissance approfondie de l'anatomie pathologique, le médecin expérimenté sera en état de se prononcer sur les états anormaux produits par la phthisie, la pleurésie, etc., et, d'après les symptômes, de juger avec une exactitude qui semble merveilleuse au débutant, des effets que ces affections produisent sur la constitution. Ce n'est qu'au prix d'exercices pratiqués sans relâche au lit du malade, et d'une étude consciencieuse de l'anatomie

pathologique sur le cadavre, que l'on parvient à acquérir ces connaissances.

MALADIES DU LARYNX.

Obs. CXXXV (1). — *Laryngite aiguë. — Traitement local. — Guérison.*

Commémoratif. — Alexander Flint, âgé de 27 ans, fripier, fut reçu à l'Infirmerie le 17 février 1851. Cet homme était affecté d'un vaste lupus à la face, d'une forte diarrhée, de maladie de Bright et de carie scrofuleuse du genou gauche. Sous l'influence d'un traitement approprié, la diarrhée a cessé, le lupus s'est cicatrisé et l'affection des reins s'est beaucoup amendée.

Symptômes de l'attaque. — Le 24 *mai*, environ trois mois après son entrée à l'hôpital, cet homme commence à se plaindre d'une toux sèche, d'une légère douleur dans la gorge, et en même temps d'une certaine difficulté d'avaler. Le lendemain ces symptômes sont aggravés. La bouche et l'arrière-gorge sont plus rouges que de coutume et pointillées de petites élevures vermeilles, répandues sur toute la surface muqueuse. Malgré l'application de sangsues et la cautérisation de la gorge avec une solution de nitrate d'argent, la laryngite continue à faire des progrès.

Marche de la maladie. — Le 14 *juin*, la douleur ainsi que la difficulté d'avaler ont encore augmenté, et la voix est devenue rauque et indistincte. La toux persiste également, et s'accompagne à présent d'une expectoration muco-purulente assez pénible. Le 30 *juin*, en dépit de l'emploi assidu de gargarismes astringents, de l'application locale d'une solution de nitrate d'argent et de sangsues, le malade est évidemment plus mal et ne parle plus qu'à voix basse. — 6 *juillet*. Le Dr Horace Green, de New-York, qui accompagnait le Dr Bennett à sa visite, ayant vu ce malade, reconnut chez lui un cas typique d'une affection qu'il a désignée sous le nom de maladie follieulaire du larynx. Il passa une éponge saturée d'une solution de nitrate d'argent (2 gram. 50 centigr. dans 30 gram. d'eau), à travers le larynx et jusque dans la trachée. Pendant quelques secondes, le malade fut hors d'état de reprendre son haleine; il comparait ensuite ses sensations au sentiment de suffocation que l'on éprouve lorsqu'on vient à avaler de travers en mangeant. L'opération eut pour effet immédiat d'améliorer notablement la voix et de diminuer la gêne de la déglutition. A partir de ce moment, les symptômes ont disparu graduellement. — Le 10, l'éponge fut de nouveau passée dans le larynx, et donna lieu à la même suffocation passagère, mais immédiatement le malade fut en état de parler d'une voix parfaitement claire. Cette manœuvre fut répétée de jour à autre jusqu'au seizième jour, où tous les symptômes laryngés avaient disparu. La voix est redevenue normale; il n'y a plus de toux, ni expectoration, ni douleur, ni aucune difficulté d'avaler. Le malade quitte alors l'établissement; l'affection du genou a continué à s'aggraver; celle des reins est considérablement amendée.

Obs. CXXXVI (2). — *Laryngite chronique. — Traitement local. — Guérison.*

Commémoratif. — Helen Guthrie, 24 ans, mariée, poissonnière, entrée le 4 juillet 1851, fut prise il y a quatre mois d'une toux accompagnée d'enrouement, de

(1) Recueillie par M. A. W. M. Calder, élève du service.
(2) Recueillie par M. D. O. Hoile, élève du service.

sécheresse à la gorge, de douleur en avalant et de mal dans le larynx. Ces symptômes ont persisté avec plus ou moins d'intensité jusqu'au moment de son admission. En dernier lieu, elle a expectoré beaucoup de matière purulente souvent mêlée de sang.

Symptômes a l'entrée. — Elle se plaint de toux revenant par accès, de sécheresse de la gorge, de mal dans le larynx; la voix est cassée et parfois même éteinte. La déglutition n'est pas gênée; il y a une expectoration abondante de mucus écumeux. L'inspiration se fait sans difficulté. La percussion de la poitrine ne révèle rien d'anormal. A l'auscultation, le murmure respiratoire est rude dans le tiers supérieur de la poitrine des deux côtés. On perçoit un ronflement sec se produisant dans le larynx et dans la trachée. En examinant la gorge, on observe çà et là des taches rouges et une légère érosion du côté gauche. On éponge la gorge et l'épiglotte avec une solution de nitrate d'argent (1 gram. 28 centigr. sur 30 gram. d'eau).

Marche de la maladie. — L'application du nitrate est répétée le lendemain, et la voix est manifestement plus claire. — Le 6, une éponge saturée de la solution est passée dans le larynx, par le Dr Horace Green, de New-York, sans produire le moindre sentiment de suffocation. Les jours suivants, les cautérisations furent répétées par le Dr Bennett, et le 14, la malade quittait l'établissement : tous les symptômes du côté du larynx étaient disparus et la voix avait repris à peu près son timbre naturel.

Commentaire. — Les deux observations qui viennent d'être relatées, mettent suffisamment en relief les avantages de la méthode des cautérisations directes du larynx, que le Dr Horace Green, de New-York, a introduites dans la pratique. Le procédé consiste dans l'application directe d'une solution de nitrate d'argent à l'intérieur du larynx et de la trachée, au moyen d'une tige en baleine recourbée et montée à son extrémité d'une petite éponge solidement fixée. De nombreux essais dans cette voie avaient déjà été faits avec plus ou moins de réussite par sir C. Boll, MM. Vance, Cusack, Trousseau et Belloc. Malgré l'imperfection de ces diverses tentatives on avait déjà pu se convaincre des grands avantages à retirer de cette idée, dans le traitement des maladies du larynx. Aujourd'hui, grâce à la hardiesse du Dr Green, nous osons avec sécurité, appliquer des solutions diverses directement sur les parties affectées, et les deux cas que vous venez de suivre suffiront pour vous convaincre du bénéfice que les malades peuvent retirer de ce traitement. Chez le sujet de l'obs. CXXXV, vous avez assisté à la marche d'une laryngite assez aiguë depuis le début jusqu'à sa terminaison, avec perte de la voix et différents symptômes fort pénibles. Vous avez remarqué, assurément, l'aggravation progressive du mal, depuis son invasion le 24 de mai, jusqu'au 6 juillet, jour où vous avez vu le Dr Green passer lui-même l'éponge dans le larynx, et les effets immédiats qui en résultèrent. Enfin, à partir de ce moment, vous avez vu le malade aller de mieux en mieux et arriver à une guérison parfaite au bout de huit jours. Vous ne pourriez désirer de preuve plus convaincante des bons effets d'une application locale, surtout si vous vous rappelez que le traitement ordinaire avait été rigoureusement mis en usage : sangsues à l'extérieur, gargarismes, applications de solutions de nitrate d'argent à l'isthme du gosier, au pharynx et à l'épiglotte, et cela sans bénéfice aucun.

Ce fut seulement à la suite de l'application directe du remède sur les points affectés que les choses commencèrent à aller bien. Le second cas que vous venez de voir, quoique plus chronique, et bien qu'il nous ait échappé avant que la guérison fut entièrement achevée, est très propre également à vous convaincre de la valeur de ce traitement.

Les instruments nécessaires pour cette petite opération, sont : d'abord un abaisseur de la langue, à manche coudé, comme celui que je vous montre (fig. 4 et 5), à l'aide duquel la langue est fermement déprimée de manière à laisser libre toute l'ouverture gutturale et à mettre à découvert jusqu'à l'épiglotte. Chez certains individus, ce premier temps n'occasionne aucune difficulté ; mais il s'en rencontre d'une irritabilité si excessive que le contact de l'instrument suffit pour provoquer une toux spasmodique et même des vomissements, ce qui empêche de découvrir l'épiglotte. — Secondement, une tige en baleine d'environ vingt-cinq centimètres de longueur, armée à son extrémité d'un petit morceau arrondi d'une très-fine éponge, de la grosseur d'une balle de fusil ou de pistolet. L'extrémité de la sonde doit être recourbée de manière à faire un arc, lequel, d'après le Dr Green, doit former le quart d'un cercle dont le diamètre serait de dix centimètres. Certains cas particuliers peuvent nécessiter une courbure différente, par exemple, si l'on voulait passer dans la trachée, elle devrait être beaucoup moins forte. Il est important que l'éponge soit fine et qu'elle puisse tenir le plus de liquide possible. Inutile de faire observer qu'elle doit être fixée avec solidité au bout de la baleine. Enfin, il ne faut pas lui donner une forme de bulbe mais bien la rendre aussi conique que possible, tout en lui conservant la fermeté nécessaire.

Les solutions de nitrate reconnues le plus avantageuses, sont faites à deux degrés. L'une contient 1 gramme 28 centigrammes de nitrate cristallisé, l'autre 3 grammes 88 centigrammes, pour 30 grammes d'eau distillée. On s'est bien trouvé quelquefois, de l'usage d'une solution de sulfate de cuivre, et il se peut que l'expérience fasse découvrir d'autres substances répondant mieux à certaines indications particulières. L'on a déjà fait usage de la teinture d'iode, et de divers sels; le Dr Alison a même recommandé l'huile d'olives dans des cas de grande irritabilité.

Quant à l'introduction de l'éponge, voici la méthode qui m'a le mieux réussi. Le patient étant assis sur une chaise, en face d'une bonne lumière, placez-vous de son côté droit et servez-vous de la main gauche pour abaisser la langue. Saisissant alors l'éponge de la main droite, après l'avoir saturée de la solution que vous voulez employer, vous la dirigez, adroitement le long de l'abaisseur et bien *exactement dans le plan median*, jusqu'à ce qu'elle soit parvenue au-dessus ou immédiatement en arrière de l'épiglotte. A ce moment, vous ordonnez à votre malade de faire une inspiration et, durant celle-ci, vous attirez légèrement la langue en avant au moyen de l'abaisseur, puis vous enfoncez la sonde en bas et en avant, par un mouvement d'élévation du bras droit, en amenant la main à peu près en contact avec la face du patient. Cette opération exige plus de dex-

térité qu'on ne croirait à première vue : la fente de la glotte est étroite, et si l'éponge n'arrive pas s'y présenter directement vous avez toute chance de vous fourvoyer dans l'œsophage. Vous reconnaitrez que vous êtes bien dans le conduit voulu, si vous avez la sensation d'un rétrécissement franchi, ce que vous éprouvez au moment où l'éponge passe dans la glotte qui l'embrasse un instant; en outre, le patient aura un spasme momentané suivi d'une vive expiration. Ces symptômes, pourtant, varient un peu suivant la sensibilité des parties.

Si la sonde a été bien préparée et l'opération convenablement exécutée, voici ce qui se passe :

1° L'éponge saturée de la solution est rapidement engagée à travers la fente glottique jusque dans le larynx, souvent jusque dans la trachée. En effet, si l'on mesure la longueur de la portion de sonde depuis l'éponge jusqu'au point de contact avec les lèvres, on peut déterminer avec assez de précision la profondeur à laquelle l'instrument a pénétré. Je suis certain d'être arrivé bien des fois à une belle profondeur dans la trachée, et je m'en rapporte non seulement à la longueur de la sonde engagée, mais encore à la sensation du patient; cependant, on pourrait m'objecter que cette dernière est fort sujette à caution. Dans la première partie de l'opération, la fente glottique est en quelque sorte occupée par surprise et l'éponge, si l'on est dans la bonne direction, pénètre sans difficulté.

2° La glotte se resserre immédiatement, par action réflexe, et cette constriction est parfaitement sentie au moment où l'instrument est retiré. Ce resserrement à encore pour effet d'exprimer la solution caustique, laquelle se répand sur la surface laryngienne et trachéale. Or, si l'on a soin d'employer une éponge fine, elle pourra contenir environ deux grammes de liquide; cette quantité suffira presque à chaque fois, par son effet sur les secrétions et sur la surface muqueuse, à produire une amélioration temporaire dans les symptômes et à fortifier le timbre de la voix, deux résultats qui se montrent immédiatement après que le spasme momentané est dissipé.

3° L'action du nitrate d'argent n'est point stimulante, mais est plutôt calmante ou sédative. Cette substance agit chimiquement sur le mucus, sur le pus et sur les autres liquides albumineux avec lesquels elle est mise en contact; en effet, elle y produit un abondant précipité blanc sous forme de membrane moléculaire, laquelle, pour un temps, sert de couche protectrice à la surface délicate de la muqueuse ou des points ulcérés et irritables, et laisse le passage libre pour l'acte de la respiration. C'est ce qui explique le soulagement presque toujours ressenti à la suite de cette opération et la diminution de l'irritabilité des parties, si favorable à la guérison. Voilà pourquoi, aussi, les fortes solutions sont plus efficaces que les faibles. On conçoit aisément l'efficacité de cette médication, dans des affections de parties aussi sensibles, quelle que soit d'ailleurs la cause qui les a produites. Au reste, ce traitement ne s'applique pas exclusivement à une des maladies du larynx, mais, de même que tous les remèdes

importants, il remplit une indication générale dont il appartient au praticien judicieux de savoir tirer parti.

La muqueuse du larynx se compose, à la surface, d'un épithélium vibratile, d'une couche fondamentale sous-jacente, et, plus profondément, de tissu aréolaire richement pourvu de vaisseaux. Toute sa surface est parsemée d'une multitude de follicules chargés de sécréter le mucus. Cette muqueuse est sujette aux mêmes altérations de structure que toutes les autres membranes similaires. Ces affections peuvent se diviser en : 1° exsudats qui se font dans le tissu aréolaire et se répandent entre la membrane fondamentale et l'épithélium ou sur la surface libre de celui-ci; 2° abrasions ou desquamations de la couche épithéliale; 3° ulcérations, qui s'étendent plus ou moins profondément dans le tissu aréolaire; 4° obstruction, avec gonflement puis ulcération des follicules muqueux, lésion supérieurement décrite par le Dr Horace Green qui lui a donné le nom « d'affection folliculaire des voies respiratoires ». Ces différentes lésions sont susceptibles de se compliquer plus ou moins l'une l'autre, et varient d'intensité selon la rapidité de leur marche et l'étendue de la muqueuse qu'elles envahissent. Parfois l'exsudation se fait promptement et infiltre les tissus, comme dans l'œdème de la glotte ou dans l'angine maligne. D'autres fois, elle se répand à la surface, comme dans le croup. Plus fréquemment elle est partielle, donne lieu plus tard à des abrasions ou à des ulcérations, et le mal, aigu primitivement, passe à la chronicité. La forme la plus commune de cette affection est peut-être la forme chronique d'emblée. Elle est sous la dépendance, tantôt de changements atmosphériques, tantôt de refroidissements répétés, d'autres fois encore d'un exercice immodéré de la voix, comme chez les personnes qui parlent en public, chez les ecclésiastiques, chez les chanteurs, etc. Enfin, elle peut se rattacher à des troubles généraux constitutionnels, tels que la syphilis, la tuberculose ou certaine forme de cancer. Toutes ces variétés de maladies du larynx se rencontrent aussi associées à des affections semblables de l'isthme du gosier, des amygdales, de la luette et du pharynx.

Les symptômes varieront évidemment suivant la nature des cas. Les formes aiguës s'accompagnent de fièvre, d'une vive douleur locale, de plus ou moins de difficulté à respirer et à avaler, de perte de la voix ou d'altération de son timbre. En règle générale, on peut dire que les lésions de l'isthme, des amygdales et des parties voisines, se révèlent par plus ou moins de difficulté ou de gêne de la déglutition, tandis que les lésions du larynx entraînent des modifications dans le timbre de la voix, ou seulement dans la faculté d'en soutenir plus ou moins longtemps le jeu. Plus tard, comme résultat de l'irritation locale, il se manifeste une action spasmodique, se traduisant par de la toux d'abord sèche, puis s'accompagnant d'expectoration muqueuse ou purulente, parfois même mêlée de sang. L'élongation de la luette est capable à elle seule de produire ces effets. On avait supposé récemment que la coqueluche ne serait qu'une

forme obscure d'affection laryngée. Dans les cas les plus aigus et les plus accentués de laryngite exsudative, les spasmes sont plus violents et plus prolongés; aussi, faut-il surveiller avec le plus grand soin ces malades, de crainte d'une asphyxie mortelle, par suite d'une occlusion soudaine et prolongée de la glotte. L'observation suivante est très instructive sous ce rapport.

Obs. CXXXVII (1). — *Œdème aigu de la glotte. — Pharyngite et laryngite chroniques. — Mort subite.*

Commémoratif. — Francès Nichol, 25 ans, piqueuse de bottines, mariée, arrivée dans la soirée du 27 février 1851, se plaint de mal de gorge, mais respire librement et ne présente aucun symptôme inquiétant. Il y a plus de quatre ans qu'elle tousse; elle est atteinte d'une syphilis accondaire et d'ulcérations dans la gorge depuis un an.

Symptômes a l'entrée. — A la visite, je trouve la malade respirant avec peine et bruyamment. Toux fréquente; expectoration difficile de crachats spumeux teints de sang; anxiété dans les traits; lèvres livides; pouls à 130, petit et dépressible. La malade est hors d'état de parler et de donner aucun renseignement. En examinant la bouche et la gorge, je trouve la muqueuse tapissée d'une matière tenace, mucopurulente. Le voile du palais est perforé en trois endroits par des ulcérations du diamètre d'un pois. Sur la voûte palatine, se remarque une autre ulcération à peu près de la largeur d'un demi-franc. Les amygdales ainsi que la muqueuse autour de la glotte sont un peu gonflées mais sans offrir de rougeur extraordinaire. La percussion ne révèle aucune matité dans la poitrine. Le murmure respiratoire à l'intérieur des gros conduits aériens est rude, bruyant, et s'accompagne de quelques râles muqueux; toutefois son caractère est masqué par un ronflement sonore produit dans le larynx. Prescr. : 15 *grammes de vin toutes les demi-heures. Mixture antispasmodique d'éther sulfurique, d'acétate d'ammoniaque et d'opium. Toucher les ulcérations de la bouche avec une faible solution de nitrate d'argent. Inhalations de vapeur très-fréquentes.*

Marche de la maladie. — Ces moyens ont allégé tous les symptômes, au point que dans la soirée la malade est en état de raconter l'histoire de son affection. Lors de la visite du soir, l'interne la voyant si bien ne s'en inquiéta plus autrement, persuadé que le plus fort du mal était passé. Le lendemain matin cette personne fut trouvée morte dans son lit.

Autopsie. — Cinquante heures après la mort.

Pharynx, Larynx et Trachée. — L'isthme du gosier considérablement contracté et la membrane muqueuse des amygdales, du voile du palais, et jusqu'à la base de la langue, présentent de nombreuses ulcérations, s'étendant au tissu sous-muqueux et minant en quelque sorte la membrane muqueuse. Les ulcères sont généralement de forme arrondie, de grandeur très-variable ayant jusqu'à neuf millimètres de diamètre. Les bords ne sont pas élevés et sont la plupart réguliers et comme taillés à l'emporte-pièce. Le fond de ces ulcères est formé par le tissu sous-muqueux parfaitement net, pâle et sans la moindre trace de granulation ou de pus. C'est à peine si la muqueuse du voisinage est un peu plus vasculaire qu'à l'état normal. Les replis aritbéno-épiglottiques sont hypertrophiés, celui du côté droit est épaissi et œdémateux, celui de gauche est flasque et relâché. On parviendrait facilement à les juxta-poser de façon à fermer presque entièrement la glotte. Toute la muqueuse du larynx est un peu rosée, et le tissu sous-muqueux de l'épiglotte, les cordes voca-

(1) Recueillie par M. Henry Thom, élève du service.

Digitized by Google

les et les ventricules sont considérablement infiltrés de liquide. La muqueuse trachéale offre une teinte rosée, devenant plus foncée dans le voisinage de la bifurcation. Partout elle est recouverte d'un mucus épais, sous forme de gouttelettes demi-transparentes, de la grosseur d'une petite tête d'épingle, à l'endroit des orifices folliculaires.

Thorax. — Le tissu des poumons est généralement sain, mais çà et là on remarque des endroits peu étendus où il s'est affaissé sur lui-même. La muqueuse des grosses bronches est congestionnée; les petites bronches du côté droit laissent suinter des gouttes de mucus mêlé de pus, lorsqu'on les comprime après avoir fait une coupe du poumon.

Abdomen. — Le foie présente plusieurs petits nodules cancéreux, mais tous les autres organes sont sains.

Commentaire. — Il n'est guère douteux, pour moi, que dans ce cas, il se soit produit durant la nuit un obstacle quelconque à la respiration, sous la dépendance immédiate de l'affection locale, et cet obstacle a déterminé l'asphyxie et la mort. Je n'hésite donc point à dire que si la trachéotomie avait pu se faire à temps, on aurait sauvé la vie à cette femme, d'autant plus que le tissu pulmonaire n'était pas malade, car il y avait peine une bronchite insignifiante. Naturellement, l'amélioration dans les symptômes constatée à la visite du soir éloignait toute idée de danger immédiat; mais c'est précisément pour cette raison que je cite ce fait, afin qu'il nous serve à tous de leçon, en nous montrant quelle vigilance il faut apporter dans le traitement des affections de cette nature. Peu de temps après cet accident, un autre individu entrait dans nos salles, présentant des symptômes si analogue à ceux que nous venons de voir, que je n'en rapporterai point l'observation. D'emblée, je fis pratiquer la trachéotomie, et j'eus ainsi la satisfaction de sauver la vie à cet homme et de le rendre à la santé, bien que l'ulcération eût détruit les cordes vocales et que l'aphonie fut complète.

L'observation qui va suivre vous présentera un de ces cas de laryngite aiguë à marche rapide, comme je n'en ai jamais vu de pareil; il vous démontrera une fois de plus la nécessité de la vigilance dans ces sortes de maladies.

Obs. CXXXVII. — *Laryngite aiguë survenue dans le cours d'une ascite et d'une cirrhose du foie. — Mort subite par asphyxie.*

Commémoratif. — William Corbett, 40 ans, marin, est entré le 4 octobre 1860, pour une hypertrophie du foie avec ascite.

Symptômes a l'entrée. — Le foie mesure à la percussion 15 centimètres dans le sens vertical, et l'abdomen est très distendu. La quantité d'urine rendue dans la journée, ne s'élève pas au delà de 380 grammes. Le traitement a pour but d'augmenter la quantité de cette sécrétion, il a consisté en diurétiques et en applications de teinture d'iode sur la région du foie.

Marche de la maladie. — 29 *octobre*. Le malade a pris des doses de deux grammes de bitartrate de potasse, et la quantité d'urine s'est élevée à 1150 et 1300 grammes dans les vingt-quatre heures. Ce matin, il se plaint de mal en avalant et dit avoir

eu de la toux ces deux dernières nuits. On examine la gorge qui paraît un peu congestionnée. On y fait faire à l'extérieur des fomentations, et appliquer des cataplasmes chauds la nuit. — 31 *octobre*. Le malade s'est très bien trouvé des cataplasmes et avale sans trop de difficulté. La toux ramène quelques mucosités visqueuses sous forme d'écumes. — 1er *novembre*. La toux a été fort pénible cette nuit, et environ 170 grammes de mucosités aérées ont été expectorées depuis hier. Langue chargée d'un enduit brunâtre. Pouls accéléré mais pas de fièvre. Symptômes abdominaux sans changement ; 1300 grammes d'urine pour les vingt-quatre heures. Prescr. : *Chlorodyne 2 grammes. Mixture camphrée 60 grammes. M. En prendre la moitié le soir et le reste pendant la nuit, si la toux était trop pénible. Continuer les cataplasmes chauds à la gorge.* — 2 *novembre*. La toux et l'expectoration ont fait passer au malade une nuit pénible, et l'ont empêché de dormir malgré la mixture anodyne. Crachats aérés, contenant un peu de pus. Voix légèrement rauque. L'intérieur de la gorge paraît très rouge et les amygdales sont gonflées. Pour le reste, même état. Prescr. : *Gargarisme astringent. Continuation des fomentations et des cataplasmes à la gorge.* — 3 *novembre*. La garde malade rapporte que la nuit a été très agitée, principalement vers minuit, il lui fallait constamment être auprès du lit ; la respiration était très difficile. Toutefois, jusqu'à 6 heures du matin, rien ne semblait très pressant, mais alors, elle jugea opportun de chercher l'interne. Elle n'avait pas si tôt quitté le malade, qu'il s'était levé, et s'affaissa incontinent. Aussitôt, deux de ses compagnons accoururent le relever, mais il ne fit que pousser un soupir et expira.

Autopsie. — Trente heures après la mort.

Lividité prononcée des lèvres, de la face et du cou.

Gorge et larynx. — L'intérieur de la gorge est fortement congestionné. L'amygdale gauche est très gonflée et les villosités circonvallaires de la base de la langue paraissent plus nombreuses, sont saillantes et augmentées de volume. L'épiglotte est épaissie, indurée et droite, elle a une teinte violette intense, elle est conique et ses bords externes sont recourbés en dedans. La muqueuse du voisinage est épaissie et infiltrée par un exsudat. Après avoir ouvert la trachée et le larynx à leur face postérieure, on voit la muqueuse congestionnée, d'une couleur uniforme d'acajou foncé. Les cordes vocales vraies et fausses des deux côtés sont infiltrées par un exsudat. Le ventricule de droite est distendu par une masse exsudative, couleur de paille, de 15 millimètres de long sur 6 de large, faisant saillie du côté de l'ouverture de la glotte. La muqueuse qui tapisse l'autre ventricule est œdémateuse et indurée. On y remarque une masse d'exsudat coagulé de 6 millimètres de long, fermant le ventricule dans lequel elle fait saillie, et obstruant l'ouverture de la glotte.

Poitrine. — Le péricarde renferme environ 30 grammes de sérosité ; on ne trouve rien dans les plèvres. Le *cœur* est normal, ses cavités sont vides ; le côté droit n'est nullement congestionné. Les poumons ont dans toute leur étendue une teinte d'acajou foncé ; il en est de même de la muqueuse qui tapisse les bronches. Celles-ci, à la base et des deux côtés, contiennent une petite quantité de muqus écumeux.

Abdomen. — Le foie est hypertrophié et pèse 2800 grammes. Son tissu a une teinte pâle fauve, il est considérablement induré et on y reconnaît une cirrhose au second degré. L'abdomen contient onze litres de sérosité ambrée. Les autres organes sont sains.

Examen microscopique. — La lymphe qui remplissait les ventricules du larynx est entièrement composée de fibres moléculaires, disséminées au sein d'un exsudat moléculaire coagulé.

Commentaire. — Voici un homme qui, venu à l'Infirmerie pour une hypertrophie du foie avec ascite, est pris d'un mal de gorge en apparence ordinaire, à la suite d'un refroidissement contracté, comme on l'a su plus tard, en se rendant au lieu d'aisance. Les symptômes ne paraissaient pas bien menaçants, il y avait seulement de la toux avec expectoration et un

Fig. 485.

peu de difficulté d'avaler; cette dernière ne tarda pas à céder à des fomentations chaudes et à des cataplasmes appliqués à la gorge. Le matin du jour avant sa mort, la voix devint un peu rauque et ce fut le premier symptôme indiquant que le larynx était affecté. Ni à notre visite du

Fig. 485. Aspect des parties malades dans le cas de Corbett. — *Grandeur nature.*

matin, ni à celle que fait l'interne le soir, personne, pas même la garde de la salle n'avait observé de symptôme inquiétant. Ce n'est que vers le milieu de la nuit que la respiration s'est embarrassée tout à coup; le malade devint agité, et fut pris d'une dyspnée si rapide, qu'avant qu'il fût possible de lui porter secours, il expirait en faisant un effort pour sortir de son lit. Je vous ai déjà dit combien la laryngite est parfois insidieuse, et avec quelle rapidité elle peut devenir fatale. Il est bien certain qu'aucun symptôme aigu, ni menaçant ne s'était encore montré à la visite du matin, ni même à celle du soir, quoiqu'on se fût aperçu ce jour-là que la voix était un peu rauque. Il n'est donc guère douteux que ce fut vers le milieu de la nuit que l'exsudation s'est faite dans les ventricules du larynx, que la glotte s'est obstruée et que l'asphyxie est devenue fatale. Les lésions morbides étaient si frappantes que j'ai cru utile d'en donner le dessin. (Fig. 485.)

Obs. XXXIX (1). — *Laryngite et pharyngite chroniques. — Trachéotomie. Guérison.*

Commémoratif. — Hugh Martin, 35 ans, ouvrier, entré le 28 décembre 1849, raconte qu'il y a six ans, il eut une blennorrhagie, mais sans autre manifestation spéciale. Il y a un an, on lui administra du calomel pour des engorgements sous-maxillaires, et, peu de temps après, s'étant refroidi, il fut pris de mal de gorge. Dans la suite, il fut de nouveau traité par le mercure à l'Infirmerie de Glasgow, mais s'étant de nouveau exposé au froid, sa gorge devint de plus en plus malade.

Symptômes a l'entrée. — Cet homme est amaigri et offre un aspect général cachectique. C'est à peine si on l'entend quand il parle; l'on entrevoit la partie supérieure d'un large ulcère dans le fond du pharynx. La respiration est évidemment embarrassée et s'accompagne d'un souffle tubaire rude, très manifeste quand on place le stéthoscope sur le larynx. Les bruits pulmonaires sont faibles et la percussion rend, sur toute la poitrine, un son normal. De temps en temps se produit une toux légère, accompagnée d'un peu d'expectoration muco-purulente, encore celle-ci est-elle moins abondante qu'elle n'a déjà été. La déglutition est douloureuse et s'accompagne de violents accès de toux. Le pouls est à 82, de force moyenne. Les autres fonctions s'accomplissent normalement. L'urine contient des plaques hexagonales de cystine, mêlées à des cristaux d'acide urique.

Marche de la maladie. — 30 *décembre*. Après avoir fait inutilement des applications internes d'une faible solution de nitrate d'argent, et avoir employé à l'extérieur des fomentations chaudes, on se décide à faire la trachéotomie et à mettre une canule, attendu que la respiration est embarrassée et difficile; la voix est d'ailleurs éteinte. — 11 *janvier*. Depuis l'opération, le malade respire librement par la canule et se trouve beaucoup mieux. De temps en temps on a touché l'ulcère du pharynx avec le nitrate d'argent, aussi est-il guéri aujourd'hui. Les mucosités sont difficilement rejetées à travers la canule. Régime tonique, viandes rôties. — 26 *décembre*. *On prescrit d'appliquer de jour à autre, à l'intérieur de la trachée, une solution de nitrate d'argent* (0,13 *centigrammes par* 30 *grammes d'eau*), *au moyen d'une éponge fixée à une mince baleine recourbée.* — 23 *décembre*. L'emploi du moyen précédent a été suivi d'un soulagement très marqué. *Employer pour la solution* 0,32 *centigrammes au lieu de* 13 *et l'appliquer tous les jours.* —

(1) Recueillie par M. Hugh M. Balfour, élève du service.

26 décembre. La quantité du sel d'argent pour la solution est portée à 0,65 centigr., A partir de ce jour, l'expectoration muco-purulente a peu à peu disparu. Prescr. : *Prendre trois fois par jour deux cuillerées de la potion suivante : Iodure de potassium, 2 grammes. Teinture de gentiane composée, 30 grammes. Infusion de de gentiane composée, 150 grammes.* — *10 février.* On enlève la canule. La voix revient, cependant elle est toujours très rauque. Il y a tout lieu de croire que l'ulcère du larynx, s'il n'est point entièrement cicatrisé, est bien près de l'être. Cet homme sort de l'établissement le 20 février.

Commentaire. — Le trachéotomie, dans ce cas, avait pour but non pas tant de parer à des symptômes menaçants que d'assurer le repos et l'immobilité du larynx, afin de permettre aux ulcérations de se cicatriser. Tel fut le résultat obtenu, et le malade alla mieux de jour en jour. L'ulcère du pharynx se cicatrisa en premier lieu, puis celui du larynx ; cependant, après avoir retiré la canule de la trachée, il devint probable que les cordes vocales étaient en partie détruites. A l'époque où ce cas était traité, la méthode des applications caustiques à l'intérieur du larynx au moyen d'éponges était inconnue. Cette observation, néanmoins, établit qu'en 1849, j'ai appliqué une solution de nitrate d'argent, directement dans la trachée, et cela à travers l'ouverture où se trouvait placée la canule que l'on enlevait de temps en temps pour pratiquer cette petite manœuvre. Je trouvai ce moyen très utile pour amoindrir la quantité de la sécrétion muco-purulente et j'augmentai la force de la solution de 13 à 65 centigrammes de nitrate d'argent par 30 grammes d'eau. Ces applications n'étaient suivies d'aucune douleur ni d'aucun inconvénient. Cet homme avait été soumis à deux reprises à un traitement mercuriel, et cela, pour autant qu'on puisse s'en rapporter à ses assertions, sans avoir présenté d'autre affection vénérienne qu'une blennorrhagie, puis des engorgements sous-maxillaire. En supposant même que ces derniers fussent primitivement syphilitiques, toujours est-il que le mercure n'a été d'aucune utilité ; au contraire, tandis que l'affection locale progressait, il affectait la santé au point d'amener l'amaigrissement et les signes d'une cachexie générale. Enfin, nous avons vu les ulcères se guérir en l'absence de tout traitement mercuriel, et la santé revenir sous l'influence des toniques et d'un bon régime.

Le diagnostic de la laryngite est très important et doit être basé : 1° sur les symptômes généraux ; 2° sur les données recueillies dans l'examen des conduits respiratoires et des poumons au moyen de l'auscultation et de la percussion ; 3° sur l'inspection des parties. Eu égard aux symptômes généraux, j'ai déjà fait allusion à la valeur relative attachée à la difficulté de la déglutition et de la phonation. Quant à la gêne de la respiration, à la nature de l'expectoration et à la toux, nous ne pouvons avec certitude les rapporter au larynx qu'après une investigation approfondie de l'état des organes pulmonaires. Dans ces derniers temps, l'attention appelée sur la gorge et le larynx, par les écrits du Dr Horace Green, a fait reconnaître qu'une foule de désordres parfois désignés sous

le nom de bronchite chronique, etc., et qu'il n'était pas rare de voir considérer comme l'indice d'une phthisie commençante, chez les jeunes sujets, sont réellement une forme chronique de laryngite, affection entièrement locale et qui guérit aisément à l'aide de remèdes topiques. La distinction entre les deux maladies, néanmoins, réclame souvent la plus grande attention. Mais, quand un *médecin habile à ausculter* ne découvre point de signe caractéristique de bronchite ou de phthisie pulmonaire, et que d'ailleurs il existe un enrouement inaccoutumé, un souffle aigre dans le larynx, de la sécheresse à la gorge, une toux saccadée, parfois accompagnée d'expectoration muco-purulente ou même de crachats sanguinolents, dans ces cas, il y a lieu de soupçonner que ces désordres ont leur siége plutôt du côté du larynx que dans le poumon. Cette observation doit vous frapper d'autant plus qu'un écrivain autorisé dans cette matière disait récemment. « Le crachement de sang chez un sujet qui souffre de bronchite chronique avec ou sans emphysème, mais en l'absence de toute affection un peu notable du cœur, justifiera à lui seul le soupçon de tubercules latents (Walshe). » Toutefois, quand vous procédez à ce diagnostic, je vous recommande instamment d'y apporter le plus grand soin, et surtout de ne pas confondre la rudesse normale du son produit dans le larynx chez certains individus, avec les bruits aigres que l'on perçoit lorsque cet organe est malade.

Au reste, l'examen de la gorge et du bord supérieur de l'épiglotte aideront beaucoup à lever la difficulté que vous pourriez éprouver, car, dans bien des cas, les altérations de la membrane muqueuse du larynx ne font que suivre ou accompagner des lésions analogues de celle du gosier et du pharynx. En effet, on pourrait dire, en règle générale, que les altérations des muqueuses du pharynx et du larynx procèdent de haut en bas, ainsi que cela s'observe bien dans la scarlatine. Il arrive souvent que l'isthme du gosier et les amygdales sont affectés, tandis que le larynx est épargné; mais si le mal persiste longtemps, ce dernier finit par se prendre, C'est aussi pourquoi les ulcérations chroniques, syphilitiques et mercurielles ont une telle propension à se communiquer au larynx. Il y a plus, lorsque le larynx est le premier attaqué comme chez les ecclésiastiques, ou dans le croup ordinaire chez les enfants, l'affection des follicules chez les premiers, et les exsudats coagulés chez ces derniers, ont de la tendance à se propager en descendant dans la trachée et non à remonter dans la gorge. Il s'ensuit que quand l'enrouement, la toux et autres symptômes laryngés sont accompagnés d'abrasions ou d'ulcérations de la muqueuse du voile du palais ou de la luette, d'épaississement ou d'irrégularité de l'épiglotte, et notamment de cette affection folliculaire, dont nous avons parlé, avec ses petites élevures plus ou moins nombreuses disséminées sur les points malades, il y a toute raison de supposer que le larynx doit être semblablement affecté. Au moyen de l'abaisse-langue dont il a été question, t. I, p. 47, on découvre ces parties avec la plus grande facilité, et dans la plupart des cas, on arrive même à apercevoir le bord supé-

rieur de l'épiglotte. De cette manière on parvient à se renseigner sur l'état de l'isthme du gosier, de la luette, des amygdales, de la partie postérieure du pharynx, mais cela ne suffit pas pour déterminer l'état de la glotte. A l'occasion, on pourrait encore s'aider du toucher pour reconnaître le gonflement, l'induration ou l'irrégularité de l'épiglotte; mais cette exploration demande une grande habitude et un tact exercé. La découverte du laryngoscope nous a fourni le moyen d'examiner directement les lésions de l'intérieur du larynx. Je ne puis donc que conseiller de poursuivre vigoureusement l'emploi de cet instrument, bien que j'aie souvent éprouvé, dans des cas aigus, que la douleur et l'irritabilité des parties m'opposaient un obstacle invincible à la découverte de l'organe que je voulais voir. Au reste, vous ne pouvez jamais vous en rapporter à la seule inspection des parties, il faut y joindre les renseignements puisés dans l'étude minutieuse des symptômes et des signes physiques fournis par les conduits respiratoires et les poumons. Dans les cas chroniques le laryngoscope rend les plus signalés services, et son emploi est indispensable toutes les fois qu'on veut faire un diagnostic exact. (Voir t. I, p. 48.)

Il est deux autres affections qui obstruent le larynx et qu'à bon droit on envisage avec la plus grande appréhension; ce sont la trachéite ou croup et la diphthérie. Une exsudation se fait à la surface de la muqueuse, s'y coagule et, en obstruant la fente glottique, aboutit à une terminaison fatale. Ni l'une ni l'autre de ces affections ne se rencontre communément dans nos salles cliniques. (Voir à l'article Diphthérie.) Dans les hospices d'enfants trouvés et dans les hôpitaux pour les enfants, à Paris, j'ai fréquemment vu cette affection, présentant une membrane adhérente et coriace dans laquelle on trouve en abondance des productions végétales parasitaires (voir fig. 53). Toutes ces affections diverses passent insensiblement de l'une à l'autre, de sorte qu'avec l'exagération naturelle et l'anxiété si commune aux parents, une légère interruption de la respiration due à un gonflement des amygdales est fréquemment regardée comme un croup, et presque tous les maux de gorge un peu violents seront bientôt qualifiés du nom de diphthérie.

Hâtons-nous de dire néanmoins que les plus grands dangers sont à appréhender dans les cas réels de croup et de diphthérie, alors qu'il existe des symptômes fébriles et qu'il se fait sur la muqueuse une production de fausses membranes allant jusqu'à envahir la glotte. Dans le croup, les vomitifs sont utiles; parfois j'ai vu quelques sangsues sur le sternum agir comme par enchantement. J'ajouterai une observation à ce propos : c'est qu'il faut avoir soin d'appliquer les sangsues sur l'os, de manière à pouvoir toujours à volonté maîtriser l'hémorrhagie à l'aide d'une légère compression, car si on les applique sur la gorge ou sur les parties molles, comme cela arrive par inadvertance, il en peut résulter, en l'absence du médecin, du danger ou tout au moins de graves inconvénients. Lorsqu'il

y a menace de suffocation, on ne saurait trop tôt avoir recours à la trachéotomie. En effet, bien que cette opération soit loin d'être toujours heureuse et exempte de risques, le danger qui résulte de la maladie est, à mon avis, bien plus menaçant. Le Dr J. Buchanan, de Glasgow, a récemment publié la relation de vingt et un cas de diphthérie où l'opération avait été faite au moment où la suffocation était imminente; sept de ces malades furent sauvés.

Dans tout ces cas, je considère le mode d'application des remèdes topiques, préconisé par le Dr Horace Green, comme une addition précieuse à nos moyens de traitement. Les expériences de ce médecin tendent à prouver que plus on y a recours de bonne heure, plus on a de chances de succès, notamment dans les cas aigus de scarlatine et de croup. Cette même méthode a été d'abord employée dans la coqueluche par le Dr E. Watson, de Glasgow, puis successivement essayée contre la laryngite striduleuse, l'asthme estival et autres affections jusque là considérées comme de nature spasmodique. Tel a été le succès dans ces cas, que l'on est porté à conclure que ces affections doivent se rattacher essentiellement à une irritation locale ou à quelque forme obscure de catarrhe. Dans diverses sortes d'affections laryngées qui se présentent chez l'adulte, soit comme primitives soit comme secondaires, j'ai largement employé ce mode de traitement, et cela avec des avantages permanents ou au moins avec un soulagement temporaire dans la plupart des cas. Rien n'est plus remarquable, en effet, que de voir immédiatement la gorge se débarrasser, et le timbre de la voix s'améliorer. Aussi, même quand la guérison n'est pas possible, pout-on l'employer à titre de palliatif. Ainsi, j'ai eu à m'en louer dans des cas invétérés de laryngite et de bronchite chroniques, contre l'angine des ecclésiastiques, contre l'asthme spasmodique avec accumulation de mucus dans la trachée, etc. Dans la laryngite syphilitique et dans la forme tuberculeuse confirmée, bien que ce traitement ne soit pas aussi avantageux, il ne laisse pas d'être positivement utile dans certains cas. Je dois ajouter, néanmoins, que je l'ai vu plusieurs fois employer fort mal à propos; d'autres fois, l'éponge avait tout simplement été passée dans l'œsophage par une main mal exercée, bien entendu sans le moindre effet avantageux, le malade étant d'ailleurs persuadé que l'on pénétrait dans son larynx. Des faits de ce genre peuvent, aux yeux de quelques personnes, jeter du discrédit sur la méthode, mais j'espère que vous saurez faire la part du vrai et du faux et que vous ne rejeterez point le procédé à la légère, parce que vous auriez quelque insuccès; par contre, évitez tout autant l'erreur opposée de le croire infaillible, pour la seule raison que vous auriez eu la chance d'avoir quelques réussites.

Obs. CXL (1). — *Coqueluche. — Paroxysmes violents. — Bronchite, Collapsus des poumons. — Guérison.*

Commémoratif. — William Campbell, 4 ans et demi, est admis le 18 juin 1864. Depuis une quinzaine de jours la mère a constaté que son enfant toussait, et que la toux était accompagnée d'un cri particulier. En même temps, une grande quantité de mucus était rendue vers la fin de l'accès, ce qui paraissait le soulager beaucoup. La mère n'imagine aucune cause à ce mal, si ce n'est que durant quelques belles journées, avant d'avoir sa toux, l'enfant était allé jouer hors de la maison, sans chaussures.

Symptômes a l'entrée. — L'enfant est fort et vigoureux; il respire 68 fois par minute. L'inspiration est précipitée. La percussion n'offre rien d'anormal à la face antérieure de la poitrine; des râles sibilants et sonores s'entendent des deux côtés En arrière, percussion également normale; on perçoit de même des râles sibilants et sonores, mais en outre des râles muqueux à la base des deux poumons, à la fois à l'inspiration et à l'expiration. Expectoration abondante, nummulaire. Pouls à 144, régulier, mais faible. Langue chargée d'un enduit blanc léger, — œdémateuse. Selles régulières et naturelles. Peau moite. Amaigrissement. Autres fonctions normales.

Marche de la maladie. — 19 *juin*. Le petit malade a bien dormi cette nuit, seulement il a eu deux ou trois accès de toux. Il expectore beaucoup de mucosités. Il a déjeuné à l'ordinaire, mais a été saisi d'accès de toux à plusieurs reprises durant la visite, avec un bruit si perçant qu'on pouvait l'entendre non seulement dans toute la salle, mais aussi dans les autres pièces avoisinantes. La congestion et la lividité de la face, du cuir chevelu et du cou étaient très prononcées. L'enfant à la suite de chaque accès se plaint de faim et veut avoir à manger. La dyspnée est persistante, le pouls est à 150. La peau est chaude et sèche. Il y a eu trois selles dans la journée. L'urine est d'un jaune d'ambre, sa densité est de 1022 et sa réaction acide; elle est d'ailleurs normale, Prescr. : *Acide nitrique dilué, 4 grammes. Teinture de cardamome composée, 14 grammes. Sirop, 125 grammes. En donner une cuillerée à dessert toutes les quatres heures.* — 24 *juin*. Le petit malade est toujours dans le même état, mais en percutant la poitrine en arrière, on trouve à droite et en bas un peu de matité; respiration tubaire et rude, accompagnée de quelques râles muqueux. Du côté gauche, respiration bruyante, vésiculaire, avec accompagnement de nombreux râles muqueux. En arrière, matité à la percussion dans le tiers inférieur du poumon droit, et dans le quart inférieur à gauche; partout ailleurs le son est normal. A la base du poumon droit, la respiration est tubaire et s'accompagne de râles muqueux, faisant un petit bruit de tic-tac; plus haut, la respiration est faiblement tubaire et devient même vésiculaire. A gauche, les bruits respiratoires sont normaux. Les urines laissent déposer des urates. — 25 *juin*. La toux est plus intense; l'appétit n'a pas changé; la langue est nette; les selles sont régulières. L'enfant a vomi après le thé, à la suite d'un accès de toux. Les signes pulmonaires restent les mêmes qu'hier; l'expectoration conserve les mêmes caractères qu'au jour de l'entrée, seulement elle n'est plus nummulaire. On prescrit un cataplasme de farine de lin recouvert d'un peu de moutarde, que l'on appliquera pendant dix minutes sur le côté droit de la poitrine. Les urines sont toujours chargées d'urates; on continue la mixture acide. — 26 *juin*. Pas de changement. La mixture acide a été administrée régulièrement, mais ne semble produire aucun effet sur la maladie. *On prescrit le liniment acétique de térébenthine de la Ph. angl., pour faire deux fois par jour des fric-*

(1) Recueillie par M S. H. Davson, élève du service.

tions sur toute la poitrine, mais spécialement à droite. — 28 *juin.* Pouls à 180, régulier; 80 respirations par minute; langue nette; selles régulières; respiration un peu gênée; peau chaude et humide. *Cesser la mixture acide et donner 60 grammes de vin de Xerès par jour.* — 29 *juin.* L'enfant a passablement dormi la nuit dernière; il a eu du pain et du lait à déjeuner. Il y avait eu plusieurs accès de toux durant la nuit, mais pas de vomissements. A la visite du soir, le petit malade est endormi, mais sa respiration est bruyante et précipitée (68 par minute). Il a pris un peu de bouillon et de viande à dîner. Prescr. : *Acide cyanhydrique dilué, 0,95 centigrammes. Sirop simple, 14 grammes. Eau de menthe poivrée, 100 grammes. M. En donner une cuillerée à thé toutes les deux heures.* A partir de ce jour, l'enfant se remet lentement; il est congédié le 29 juillet. Les accès violents de toux ainsi que le cri particulier propre à la maladie ont disparu, mais il reste encore beaucoup de râles dans la poitrine, et de temps en temps de la toux.

Commentaire. — Les cas de coqueluche varient considérablement d'intensité sous le rapport des symptômes inflammatoires et spasmodiques; tantôt ce sont ceux-ci, tantôt ceux-là qui prédominent. Chez notre petit malade ils furent également bien prononcés. Il eut une bronchite intense en même temps qu'une condensation très prolongée des deux poumons par suite du collapsus de ces organes. Les spasmes, la dyspnée, la constriction du larynx et le cri concomitant étaient fortement prononcés. Après avoir essayé à peu près en vain toutes sortes de remèdes contre cette affection, mon attention fut appelée, par les étudiants de mon cours sur les avantages attribués par le Dr Gibb, à l'administration de l'acide nitrique dans cette maladie. D'après lui, cet agent y serait aussi efficace que la quinine dans la fièvre intermittente (1). En conséquence, il fut soigneusement administré à partir du 19 juin jusqu'au 28, et cela positivement sans en retirer le moindre avantage. Une bonne alimentation et en dernier lieu un peu de vin, ont enfin réussi à mettre cet enfant en état de lutter heureusement contre son mal qui était très violent.

La coqueluche est une de ces affections qui doivent suivre un certain cours et sont fort peu influencées par les remèdes qu'on lui oppose. Notre intervention dans ces cas se bornera donc à tenir les malades chaudement, à les soustraire à l'influence des vents froids et des variations de température, enfin, à soutenir les forces à l'aide d'un bon régime et d'un peu de vin. Quand le mal est devenu chronique, il n'est pas douteux qu'un changement d'air suffise fréquemment pour y couper court, et cela à peu près à la façon de ce qui se passe pour l'asthme.

Une affection qui par ses phénomènes nerveux se rapproche de la coqueluche, c'est la laryngite striduleuse ou pseudo-croup des enfants, qui dépend fréquemment, ainsi que l'a fait observer le Dr Ley, d'une hypertrophie des glandes du cou. Elle peut aussi avoir sa source dans toute espèce de cause irritante, agissant sur le nerf récurrent, soit directement, soit indirectement par action diastaltique, comme l'a judicieusement signalé le Dr Marshall Hall. Aussi, ce n'est pas un symptôme rare dans les tuméfactions anévrysmales de la région de la gorge et de la racine du cou.

(1) Voir l'ouvrage du Dr Gibb, *On Hooping-Cough*, p. 333.

Digitized by Google

BRONCHITE.

Obs. CXLI. (1). — *Bronchite aiguë.*

Commémoratif. — Martin Conolly, 25 ans, ouvrier robuste, entré le 15 mai 1857. — Le 7 *mai*, à la suite d'un travail de plusieurs jours, les pieds dans l'eau, il fut saisi d'un frisson suivi d'une forte chaleur à la peau, puis d'une abondante transpiration, mais sans mal de tête. Il continua néanmoins son travail jusqu'au 10, jour où il se mit au lit, le mal ayant fait des progrès. Dès la veille, il avait commencé à tousser et à expectorer une matière jaune, épaisse. Ces symptômes ainsi que la dyspnée n'ont fait que s'aggraver jusqu'au moment de son admission.

Symptômes a l'entrée. — La poitrine est remarquablement bombée et bien développée. En avant, la percussion donne un son clair des deux côtés. A l'auscultation, l'inspiration est plus courte, l'expiration prolongée et accompagnée de longs râles sibilants et sonores. La résonnance vocale est faible mais égale des deux côtés. En arrière, la percussion donne également un son clair des deux côtés. A l'auscultation, les mêmes râles sibilants et sonores accompagnent l'expiration, et s'entendent même parfois avec l'inspiration à laquelle, à la base du poumon droit, s'adjoignent des râles humides. Toux et dyspnée très pénibles. 36 respirations par minute. Expectoration gélatineuse et muco-purulente. Bruits cardiaques un peu masqués, mais normaux. Pouls à 122, fort, plein et régulier. Peau chaude, du reste normale. Langue humide et nette. Appétit considérablement diminué. Soif vive. Selles régulières. Urines fortement colorées mais naturelles. Le Dr Bennett fait une saignée de 400 grammes, mais sans résultat sensible immédiat, et prescrit une cuillerée de la mixture suivante, à prendre toutes les quatre heures. Prescr. : *Eau d'acétate d'ammoniaque*, 42 *grammes*. *Esprit d'éther nitrique*, 6 *grammes*. *Vin d'antimoine*, 8 *grammes*. *Eau*, 110 *grammes*. Vers le soir, la dyspnée avait beaucoup diminué, la respiration était tombée à 24 par minute et le pouls à 108, mais toujours plein, fort et régulier. Chaleur de la peau diminuée.

Marche de la maladie. — Le lendemain, l'amélioration continue. Le pouls est à 116, plein mais plus mou qu'hier. Les râles sibilants cessent de s'entendre à l'expiration. Les râles humides sont plus faibles et moins abondants que lors de notre dernier examen. — 18 *mai*. Des râles sibilants et ronflants accompagnent les deux temps de la respiration en arrière. En avant, ces bruits sont moins intenses, et s'accompagnent d'une fine crépitation. Sous le mamelon gauche, la crépitation est mêlée d'une certaine rudesse à l'expiration comme à l'inspiration (bruit de friction?) Les urines sont troubles, ce qui est occasionné par des urates. Pouls à 116, sans changement. — 19 *mai* (12e jour de la maladie). On trouve le malade tout trempé de sueur. Les râles humides diminuent de quantité. On continue à percevoir de la crépitation sous le mamelon gauche ; le malade se plaint toujours de douleur dans cette région, mais il n'y existe point de friction. La toux persiste, quoique moins violente. Les crachats restent abondants et muco-purulents. Pouls à 102, mou. Appétit meilleur. Peau moite. Les urines déposent en abondance un sédiment formé d'urates. — 21 *mai* (14e jour). Le malade transpire toujours fortement. La crépitation, ainsi que de fins sibilements se perçoivent encore à la face antérieure de la poitrine, principalement sous le mamelon gauche. La douleur du côté gauche continue et se manifeste surtout durant les inspirations profondes. L'expectoration a diminué de quantité, elle est muco-purulente. Pouls à 100, mou et plein. — Le 25, les râles humides ont presque entièrement cessé. — Le 29, les

(1) Recueillie par M. W. H. Davies, élève du service.

sibilements sont bien faibles, la toux a presque disparu, ainsi que l'expectoration. — 4 *juin*. Cet homme est congédié, en excellent état.

Commentaire. — Nous avions affaire ici à une bronchite aiguë, violente, des deux côtés, chez un sujet vigoureux. Au moment de son entrée, la dyspnée était telle que je résolus de le saigner, voulant m'assurer si ce moyen allégerait au moins ce symptôme; j'eus le désappointement de n'obtenir aucun résultat; la maladie continua de suivre son cours naturel, et s'est terminée par une guérison parfaite au vingt-et-unième jour.

La bronchite, de même que la laryngite, consiste en une exsudation s'infiltrant dans les divers tissus constitutifs des bronches, ou bien se coagulant sur leur face muqueuse. Elle se termine par la transformation de cet exsudat — d'après les lois que nous avons exposées précédemment t. I, p. 221 et suiv. — en matières susceptibles d'être absorbées dans le sang ou d'être expectorées. Au début, le mal produit une certaine sécheresse avec rétrécissement et rigidité; plus tard les tubes aériens s'humectent, se dilatent et se relâchent. Par suite de ces modifications, les bruits vibratoires causés par le passage de l'air à travers les bronches subissent de variations qui indiquent assez clairement la nature sèche ou humide des l'affection, ou, comme quelques-uns disent, si le catarrhe est sec ou humide.

La bronchite aiguë varie d'intensité, depuis un dérangement insignifiant et dont on s'inquiète à peine, jusqu'à constituer une affection dont la gravité se rapproche de celle d'une pneumonie franche. La bronchite est quelquefois épidémique, constituant ce que l'on a appelé l'*Influenza* (Grippe). Elle suit ou précède une lésion analogue de la muqueuse qui tapisse les fosses nazales, où elle constitue le *Coryza*. Ces affections sont du reste si communes qu'elles se traitent généralement par une médecine toute domestique, le plus souvent même, on n'y fait aucune attention. Cependant, une disposition à des attaques de ce genre, bien qu'elles puissent se repéter un nombre de fois considérable, en quelque sorte impunément, conduit fréquemment, comme on le sait, à une modification incurable et sérieuse du tissu pulmonaire, connue sous le nom *d'emphysème*, avec ses terribles accompagnements de l'asthme spasmodique et des maladies consécutives du cœur. La bronchite est donc une affection qui, si elle ne s'arrête point de bonne heure, devra être l'objet de soins particuliers, durant tout son cours naturel.

Pour couper une bronchite ou un coryza au début, lorsque le mal est peu intense, le Dr Christison recommande de prendre une dose entière de morphine le premier ou au plus tard le second soir, en se mettant au lit. Le matin le malade déjeunera, toujours dans son lit, et se tiendra chaudement à la maison toute la journée. Si, nonobstant, le mal ne s'arrête pas, la patience est peut-être son meilleur remède, attendu qu'il suivra son cours. Cependant, si les bronches s'embarrassent, il sera quelquefois utile d'avoir recours aux sudorifiques et aux expectorants, surtout à l'ipécacuanha. Un sinapisme ou un vésicatoire achèvera parfois de dissiper les dernières

traces de l'affection. Une précaution essentielle à recommander, c'est d'attendre d'être parfaitement débarrassé avant de s'exposer de nouveau à l'air froid. C'est en négligeant ce précepte, en accumulant refroidissement sur refroidissement, que le mal finit par s'invétérer et aboutir à la forme chronique.

Obs. CXLII (1). — *Bronchite chronique. — Péritonite aiguë. — Collapsus du poumon.*

Commémoratif. — Mary Nichol, âgée de 21 ans, servante, est entrée le 8 juillet 1851. Depuis deux ans, elle n'a cessé de souffrir plus ou moins de toux, laquelle a été par moments très pénible, mais ne s'est jamais accompagnée de beaucoup d'expectoration. Il y a sept semaines elle fut prise d'une vive douleur à l'épigastre, et, depuis lors, sa respiration a toujours été courte et précipitée.

Symptômes a l'entrée. — La partie antérieure des poumons est partout sonore à la percussion. A l'auscultation, le murmure respiratoire est rude et s'accompagne, vers la fin, de petits râles sibilants. En arrière, il existe plus de matité à droite qu'à gauche et cela principalement au sommet. Dans ce dernier point, l'inspiration est rude et la résonnance vocale augmentée. On perçoit en outre, dans tout le côté droit en arrière, des râles sibilants à l'inspiration. Toux suivie d'une expectoration muqueuse insignifiante; respiration courte et précipitée; grande sensibilité à l'épigastre, augmentant lors des grandes inspirations; appétit passable; point de nausées ni de vomissement; fonctions digestives normales, à part de la constipation; pouls à 80, mou; bruits cardiaques naturels; menstrues régulières; urines rendues avec douleur et en petite quantité, sans être anormales.

Marche de la maladie. — Les râles secs à l'inspiration persistèrent durant quelques jours, mais le 21 ils étaient devenus humides, et de gros râles crépitants s'entendaient sur tout le tiers inférieur du côté droit, en arrière. En même temps, la toux se détachait davantage et l'expectoration augmentait de quantité. Le 24, les râles humides étaient convertis en murmures sonores, profonds. Au reste, de grandes variations se remarquent d'un jour à l'autre, évidemment par suite de la plus ou moins grande quantité de liquide contenu dans les bronches. La toux ainsi que l'expectoration varient également beaucoup. Cependant, la malade se plaint surtout d'une douleur épigastrique qui, malgré l'application de sangsues, de fomentations chaudes, de topiques opiacés et de révulsifs, va sans cesse en augmentant. Le 28, il existe un gonflement diffus de l'abdomen, une sensibilité générale superficielle, en un mot tous les symptômes d'une péritonite déterminée par une perforation intestinale. Vers la fin, on constate une absence de respiration dans le tiers inférieur du poumon droit. La malade est morte le 10 août 1851. Il est à regretter que l'on n'ait pu faire l'autopsie.

Commentaire. — Cette jeune fille était atteinte d'une bronchite chronique déjà ancienne ayant présenté, durant son cours, la plupart des signes physiques qui caractérisent cette maladie. Toutefois, ce dont elle se plaignait le plus, c'était d'une douleur fixe dans la région épigastrique, et dont le traitement n'a pu avoir raison. Aussi bien, l'événement est venu prouver qu'elle devait tenir à un ulcère de l'estomac ou bien d'un intestin voisin, mais plus probablement du premier, vu la fréquence de cette affection chez les servantes. Toutefois, en l'absence des preuves que l'autopsie

(1) Recueillie par M. C. D. Phillips, élève du service.

pouvait seule fournir, toutes les spéculations que l'on fonderait sur ce point, manqueraient évidemment de base. La matité à la percussion au sommet du poumon droit, la rudesse de l'inspiration et l'augmentation de la résonnance de la voix indiquent qu'il devait y avoir en cet endroit un accroissement de densité de l'organe. Ce sont là, du reste, les signes de l'existence de tubercules crus ou crétacés. Le son rendu à la percussion était aussi altéré, en arrière dans tout le côté droit. Vers la fin, à mesure que la faiblesse faisait des progrès, nous avons constaté en outre de la matité et l'absence de respiration dans le tiers inférieur du poumon droit. Ce sont là les signes physiques qui indiquent le collapsus de l'organe dans cette situation, lésion que les pathologistes ont désignée sous les noms divers de « pneumonie hypostatique, condensation; infarctus; péripneumonie des agonisants, etc., etc. »

Dans une série d'observations de bronchite, le Dr W. T. Gairdner (1) signale comme un des effets les plus ordinaires de cette affection, le collapsus plus ou moins prononcé du tissu vésiculaire, dépendant d'un obstacle au passage de l'air inspiré, obstacle causé par la présence d'un mucus glutineux et épaissi. Cet affaissement se borne souvent à des lobules isolés dont le tissu est condensé, comparativement plus lourd, induré au toucher, de couleur foncée, et présentant les caractères ordinaires des portions de poumon qui n'ont jamais été dilatées, comme chez le fœtus (*atélectasie*).

Il n'est pas douteux que cet état d'affaissement des lobules ait été pris fréquemment pour une pneumonie lobulaire ou pour une apoplexie pulmonaire chez les enfants. Le Dr Gairdner a aussi relaté des observations rendant hautement probable que cet affaissement devient plus diffus dans les cas de bronchite chronique, lorsqu'une grosse bronche vient à s'obstruer, ainsi qu'on le voit représenté dans la fig. 486, et lorsque par suite de la faiblesse de l'individu, soit à cause de l'existence d'une affection abdominale, soit par un défaut de résistance des parois thoraciques, le malade est hors d'état de débarrasser ses conduits respiratoires par un effort énergique d'expiration. C'est ce qui nous explique la fréquence de cette lésion dans la fièvre, dans la bronchite qui accompagne la péritonite et l'ascite et enfin chez les jeunes enfants. L'observation que nous venons de rapporter est évidemment un de ces cas, où les signes physiques et les

Fig. 486.

(1) Articles publiés dans le Monthly Journal de 1850.

Fig. 486. Bouchon de mucus ou de sang coagulé, placé de manière à permettre une partie de l'expiration, mais qui empêchait l'inspiration et, par suite, a causé le collapsus du tissu pulmonaire auquel les ramifications de cette bronche se distribuaient. (*Gairdner.*)

autres symptômes ne permettent guère de révoquer en doute l'existence d'un collapsus du poumon droit, et cela dans une étendue considérable.

Obs. CXLIII (1). — *Bronchite chronique. — Emphysème. — Laryngite aiguë.*

Commémoratif. — Edward Jackson, 22 ans, nègre robuste, faisant l'office de cuisinier à bord d'un navire, — entré le 14 février 1851. Il rapporte qu'il y a trois mois, étant en mer, il a commencé à se trouver pris de toux, d'expectoration et à se sentir court d'haleine. Ces symptômes, en dépit des divers remèdes qui lui furent administrés par le capitaine, ont continué à se développer et à faire des progrès jusqu'à présent.

Symptômes a l'entrée. — La face antérieure du thorax est remarquablement arquée de haut en bas. A la percussion, il existe partout une forte résonnance surtout en avant. A l'auscultation, on trouve l'expiration très prolongée et accompagnée de râles sibilants et sonores, plus bruyants et plus répandus du côté droit. Il existe une toux fréquente et prolongée suivie d'une abondante expectoration de mucus écumeux, une dyspnée intense au moindre exercice et se montrant parfois sous forme de paroxysmes, même sans cause apparente. Les bruits du cœur sont normaux; le pouls est à 80, fort. A la suite des accès de toux il y a souvent des vomissements. Cependant les fonctions digestives et autres n'offrent rien d'anormal.

Marche de la maladie. — Outre les râles secs constatés lors du premier examen, il survint bientôt de gros râles humides en grand nombre, en arrière et en bas, principalement à droite. Ces râles disparaissent parfois, mais ne tardent pas à se manifester de nouveau. Les râles secs subissent aussi de temps en temps des variations diverses de ton, d'intensité et de situation. Durant les mois de février, de mai et de juin, le malade a beaucoup souffert de violents et longs accès de dyspnée durant lesquels il était haletant et comme sur le point de suffoquer. La crise se terminait généralement par une toux violente, de l'expectoration et des vomissements; après quoi il se sentait régulièrement soulagé. Ces accès revenaient toutes les deux ou trois nuits, mais étaient causés parfois par un repas un peu trop copieux. Au mois de mai, on a remarqué, outre les signes physiques précités, un très gros râle humide trachéal, dont l'intensité allait jusqu'à masquer le murmure respiratoire. A cette même époque, il est un jour arrivé que l'accès de dyspnée ne dura pas moins de quatre heures, et il y eut commencement d'asphyxie, délire et stupeur. — Le 24 mai, le malade fut pris de mal de gorge et de difficulté d'avaler; le 30 mai, il avait une laryngite et une aphonie partielle, ce qui ne fit qu'aggraver les accès asthmatiques. Durant tout ce temps, les expectorants, les antispasmodiques, les calmants et les revulsifs, parfois des émétiques et des ventouses furent tour à tour employés avec l'effet de soulager pour un temps, mais jamais d'une manière permanente. En avril et en mai, le malade s'était fort bien trouvé de fumer des feuilles de stramoine. Il obtint également un soulagement marqué d'une potion contenant 6 grammes de teinture de lobélia et d'éther. Vers la fin de juin, on passa à plusieurs reprises dans le larynx une éponge trempée dans une forte solution de nitrate d'argent; il en résulta un amendement tel que le 11 juillet, son état général était considérablement meilleur : les accès de dyspnée avaient cessé de revenir, la toux, l'expectoration ainsi que les autres symptômes étaient beaucoup diminués. Enfin le 16 juillet il fut congédié à sa demande et alla reprendre son office de cuisinier de navire. A cette époque, le mal de gorge

(1) Recueillie par M. W. M. Calder, élève du service.

et la laryngite avaient disparu, mais la poitrine continuait d'offrir une forte sonorité à la percussion. Il y avait toujours une respiration trachéale bruyante, une expiration prolongée et parfois encore des râles sibilants. En somme, néanmoins, la respiration est devenue comparativement aisée, et le malade se considère, non sans raison, comme notablement amélioré.

Commentaire. — Cet homme présentait absolument tous les signes physiques et les symptômes indicatifs d'un emphysème étendu, dépendant d'une bronchite chronique, avec des accès d'asthme d'une violence extrême. Ces accès avaient un caractère spasmodique qu'il faut rapporter à une irritation des filaments incidents du nerf pneumogastrique et à une action réflexe des filets récurrents. Cette irritation avait pour effet de contracter les tuyaux bronchiques, de fermer la glotte et de mettre les muscles inspirateurs hors d'état de dilater la poitrine. Vers la fin de l'accès, se manifestaient régulièrement une toux violente et des vomissements suivis de soulagement. Durant le cours de la maladie, nous avons combattu la dyspnée à l'aide des antispasmodiques, et la laryngite au moyen des applications locales dont je vous ai déjà entretenu. Toutefois, je ne suis pas éloigné de croire que la guérison tient en grande partie au changement de température et à l'influence de l'été, circonstances qu'il ne faut jamais perdre de vue quand on veut apprécier à leur juste valeur les effets du traitement dans des cas ce genre.

De toutes les causes qui provoquent des paroxysmes asthmatiques chez les individus atteints d'emphysème, une des moins équivoques et des plus cachées, c'est l'effet des saisons et le changement de température. Ainsi, telle personne que cette maladie torture tout l'hiver, se trouve parfaitement bien en été, et *vice versa*. Telles autres sont immédiatement affectées de l'air brumeux de Londres et sont bien à la campagne. D'autres encore ont leurs attaques quand le vent souffle d'une certaine direction et spécialement de l'est. Quelque difficulté qu'on ait à expliquer de semblables idiosyncrasies, il est évident que la connaissance de ces particularités pourra donner parfois aux gens qui peuvent changer leur résidence, le moyen de soulager notablement leurs tortures.

L'emphysème est caractérisé anatomiquement par une dilatation permanente des vésicules pulmonaires. Celles-ci se distinguent même fréquemment sous la plèvre, où elles apparaissent à la loupe comme des groupes de petites perles. Il arrive que deux ou plusieurs de ces vésicules se réunissent pour n'en plus former qu'une après la rupture de leurs parois de séparation; il se forme ainsi des cavités plus considérables, souvent assez grandes pour y loger un grain de millet. La lésion ne s'arrête même pas là et va parfois jusqu'à produire des excavations du diamètre d'une grosse orange. Ces cavités restent constamment ouvertes, leurs parois ayant perdu toute élasticité. Quant aux tissus du voisinage, ils sont manifestement atrophiés, et leur pâleur prouve que les capillaires ont dû être comprimés, au point de s'oblitérer et de ne pouvoir plus livrer de passage au sang.

Une foule de théories ont été imaginées pour expliquer l'emphysème; je ne m'arrêterai qu'à deux d'entre elles. Laennec supposait que les petites bronches deviennent rigides et plus ou moins imperméables par suite du gonflement de la membrane qui les tapisse, ou par la présence de mucosités qui en obstruent le calibre. Il admettait que le mouvement d'inspiration est plus puissant que le mouvement d'expiration, de sorte que si l'air peut surmonter l'obstacle à l'entrée, il n'en est plus de même à la sortie. Comme conséquence, il s'accumule dans les dernières vésicules pulmonaires, où il se dilate par l'effet de la chaleur et agit mécaniquement en distendant ces cavités plus ou moins, selon la durée de la maladie et l'étendue des efforts respiratoires. Le Dr Gairdner, au contraire, a montré que l'expiration comporte une force bien plus puissante que l'inspiration, et que l'air n'éprouve jamais de difficulté à s'échapper. C'est bien l'inspiration qui est laborieuse dans tous les cas de bronchite, et, comme il a déjà été dit, lorsque les bronches sont obstruées, bien loin que les cellules aériennes se dilatent, elles s'affaissent au contraire. L'emphysème ne s'établit donc point dans les vésicules correspondant aux tuyaux obstrués, mais bien dans celles adjacentes et qui sont saines. Quand le poumon est dans son état normal, la colonne d'air presse également sur tous les tubes et sur toutes les vésicules; mais lorsqu'une partie s'est affaissée par suite de l'obstruction des conduits qui s'y rendent, cette diminution de volume d'une part, fait que les portions voisines se distendent outre mesure et occupent, d'autre part, l'espace primitivement rempli par les autres. Aussi l'emphysème ne se montre-t-il point uniquement à la suite de la bronchite, mais encore dans la phthisie chronique et dans les autres maladies qui provoquent la contraction et l'hypertrophie du tissu fibreux pulmonaire. Le Dr Jenner dit également (1) : L'air atmosphérique mis en mouvement par l'effort inspiratoire ne saurait exercer comparativement qu'une pression légère sur la surface interne des cellules aériennes situées à la marge extrême de la base, à la racine du lobe inférieur (c'est-à-dire sur cette partie qui est située immédiatement contre l'épine et sous les bronches primitives), ou à la partie du sommet située dans le sillon postérieur à la trachée du côté droit. Au contraire, une expiration violente étant produite principalement, ou au moins considérablement aidée par les muscles abdominaux qui refoulent le foie en haut, etc., chasse l'air de la partie centrale du poumon (par suite de la disposition fortement arquée du diaphragme dans l'expiration forcée), non seulement à travers les bronches vers le larynx, mais aussi vers la périphérie de l'organe, c'est-à-dire vers les parties qui sont le moins comprimées durant l'expiration. Cette manière de voir reçoit sa confirmation de tout ce que nous savons sur le siége de l'emphysème et des effets de l'expiration que l'on constate dans certaines conditions particulières. Dans le cas de M. Groux chez qui il y avait absence de sternum, on pouvait se convaincre que c'était seulement

(1) *Medico-Chir. Transact. of London*, vol. XL.

par une expiration forcée que les poumons arrivaient à se distendre de façon à faire saillie à travers l'ouverture (1).

Le traitement de la bronchite chronique doit avoir pour but de faciliter l'expectoration au moyen de divers expectorants, et de diminuer l'irritabilité des voies bronchiques à l'aide de calmants. Je vous ai déjà parlé de ces cas où une pharyngite chronique, une amygdalite, une élongation de la luette, une affection folliculaire de l'épiglotte, entretiennent une toux rapportée souvent à une bronchite chronique ; c'est dans ces désordres que les émollients, les pâtes et pastilles de diverses sortes, les garganismes astringents et stimulants, etc., procurent un soulagement momentané. C'est dans ces cas, que l'emploi de l'éponge saturée d'une solution de nitrate d'argent, rend les plus signalés services, comme nous avons vu dans l'observation CXLIII. Peut-être n'est-il aucune affection dans laquelle les vésicatoires et les révulsifs soient aussi utiles que dans la bronchite.

Lorsque la bronchite chronique associée à de l'emphysème s'accompagne d'accès spasmodiques de dyspnée, les divers agents antispasmodiques rendent les plus grands services. Les éthers sulfurique et chlorique surtout, agissent parfois comme par enchantement ; la fumée de la stramoine mêlée ou non d'opium, et autres remèdes de ce genre, bien qu'ils guérissent rarement, produisent un grand soulagement. L'idiosyncrasie de l'asthme n'est point non plus à négliger, et suivant les particularités des cas, on fera bien parfois de conseiller le changement de lieux ou même de climat. Il y a plus, dans les cas très graves et chroniques, ce changement peut être considéré comme le seul moyen d'arriver à la guérison.

Obs. CXLIV (2). — *Bronchite chronique. — Emphysème. — Injection d'une solution de nitrate d'argent dans les bronches.*

Commémoratif. — Élisa Dawson, 24 ans, servante, — entrée le 27 mai 1857. Il y a environ quatorze mois, après s'être exposée au froid et à l'humidité, elle fut saisie d'une vive douleur dans la poitrine, avec accompagnement de toux. La doudouleur se dissipa au bout de quelques jours, mais la toux persista sans avoir rien de pénible. Il y a un an, habitant dans une maison humide, cette toux s'exaspéra excessivement et la douleur à la poitrine reparut. Vers le milieu de janvier, ces deux symptômes s'aggravèrent encore, et il vint s'y adjoindre une dyspnée considérable. Enfin, voyant que rien ne la soulageait elle se décida à entrer à l'Infirmerie ; aussi bien, elle est tellement affaiblie qu'elle est hors d'état de travailler.

Symptômes. — La percussion donne une sonorité très marquée dans toute la poitrine. A l'auscultation, on trouve l'expiration partout prolongée. Des râles sibilants et ronflants accompagnent l'inspiration et l'expiration des deux côtés, en avant comme en arrière. La résonnance vocale est partout diminuée. La toux et la dyspnée se montrent par accès, mais dans les intervalles la respiration reste toujours laborieuse. L'expectoration est modérée, et consiste en un liquide spumeux nageant à la surface d'un mucus gélatineux gluant. On ne parvient point à sentir la

(1) *Edinburgh Medical Journal*, vol. III, p. 853. 1858.
(2) Recueillie par M. Stephen Scott, élève du service.

pointe du cœur. Les bruits de ce dernier organe sont normaux, masqués en grande partie par le murmure pulmonaire. Le pouls, de force moyenne, bat 74 fois par minute. La langue est nette, mais un peu sèche, Prescr.: *Esprit d'éther nitrique, 12 grammes. Esprit d'ammoniaque aromatique, 15 grammes. Eau, 145 grammes. En prendre une cuillerée trois fois par jour. Appliquer des ventouses sèches sur les faces antérieure et postérieure de la poitrine.*

Marche de la maladie. — Le traitement institué a été suivi d'un mieux très sensible; dès le premier juin, les râles ronflants sont notés comme ayant disparu. Ce même jour, néanmoins, la dyspnée redevint intense, et le 3 juin, les râles sibilants et ronflants étaient de retour. Prescr. *Esprit d'éther sulfurique, 8 grammes. Solution de chlorhydrate de morphine, 6 grammes. Décoction de sénéga, q. s. pour faire une potion de 180 grammes. En prendre une cuillerée trois fois par jour. Appliquer sur la poitrine un vésicatoire de 7 centimètres et demi sur 10.* Ces moyens produisirent un soulagement marqué; les râles sibilants continuèrent à s'entendre, mais l'expectoration diminua de quantité et ne tarda pas à devenir tout à fait muqueuse. — Le 13, la toux et la dyspnée reparurent encore avec force, en même temps que la douleur de la poitrine. On les combattit de nouveau avec succès par un vésicatoire, — 27 *juin*. La dyspnée est encore revenue dans ces derniers jours, et c'est la nuit principalement que se montrent les paroxysmes. Pendant toute la durée de l'accès, la malade reste assise dans son lit; toute la poitrine se soulève pendant que la tête est rejetée en arrière au moment de l'inspiration. La face est pâle et tout humide de transpiration, les lèvres sont blêmes, l'articulation lente et mesurée, la respiration accélérée et l'expiration prolongée. *On administre en une fois, dans la valeur de deux cuillerées de liquide, 4 grammes d'éther sulfurique et deux grammes de solution de chlorhydrate de morphine*, ce qui produit un soulagement immédiat. A partir de ce moment, les accès reviennent moins fréquemment; en même temps ils diminuent aussi de durée et d'intensité. Le 13 juillet, après avoir fait durant quelques jours des applications de nitrate d'argent dans la gorge au moyen de l'éponge, le Dr Bennett injecte, à l'aide d'un cathéter introduit dans la trachée, 8 grammes d'une solution de nitrate d'argent au seizième. Le lendemain on répète l'opération et la dyspnée ne reparaît plus jusqu'au 15, jour où il survient deux paroxysmes suivis de vomissement. Le lendemain à 4 heures du matin, il se produit un troisième paroxysme qui laisse la malade dans un grand état de faiblesse, et la respiration est encore notablement embarrassée à deux heures de l'après midi. Le 17, huit grammes de la même solution sont de nouveau injectés dans la trachée. On ne rencontre aucune difficulté à passer l'instrument; la patiente n'en éprouve d'ailleurs aucun inconvénient pénible. Or, le cathéter était bien dans les voies respiratoires, car deux ou trois gouttes de liquide furent rejetées par son orifice extérieur jusqu'à une distance d'un mètre, durant une expiration forcée. A la suite de cette opération, la malade a passé une nuit beaucoup meilleure que de coutume, la toux et l'expectoration sont bien diminuées, et la respiration se fait avec la plus grande aisance. Le 22 juillet, on juge à propos de répéter encore l'injection; la malade a un vomissement une heure et demie après; mais elle est à peu près débarrassée de sa toux et de sa dyspnée jusqu'au 30 juillet, jour où il se manifeste un nouveau retour. Le 1er août, on pratique une dernière injection, et le 4, la malade quitte l'infirmerie afin de jouir du bénéfice d'un changement d'air.

Commentaire. — Voici encore un cas de bronchite chronique avec emphysème et de violents paroxysmes asthmatiques, contre lequel nous avons essayé divers remèdes avec l'effet de diminuer temporairement la dyspnée. Durant le séjour de la malade à l'infirmerie, la bronchite s'est

dissipée en grande partie, mais l'emphysème et l'asthme n'ont été que fort peu modifiés. L'occasion m'avait paru favorable d'essayer le nouveau mode de traitement préconisé par le Dr Horace Green, de New-York, consistant à faire des injections dans les bronches, avec une solution de nitrate d'argent. C'était d'ailleurs un cas favorable à l'application de ce moyen, vu la position élevée de l'épiglotte et l'insensibilité comparative du larynx. L'éponge saturée de la solution d'argent ne semblait causer aucune irritation, et c'est à peine si un peu de malaise s'est manifesté quand le cathéter était engagé dans la fente glottique. Huit grammes d'une solution (1 de sel sur 16 d'eau) furent à plusieurs reprises injectés dans la trachée. Il s'en est suivi une simple sensation de chaleur dans la poitrine mais surtout, comme elle l'a fréquemment déclaré, une grande diminution de la toux et de l'expectoration après un ou deux jours. Cette femme, ayant le cathéter profondément dans sa trachée, fermait la bouche autour du tube, respirait à travers et renvoyait même un souffle que le doigt sentait très-bien. Aussi n'est-il pas possible de révoquer en doute que la sonde fût bien dans la trachée et que la solution passât dans les poumons. Après que la malade eut quitté l'infirmerie, je continuai à la voir et augmentai successivement la force et la quantité de l'injection. En dernier lieu j'ai même injecté 15 grammes d'une solution contenant 2 grammes 56 centigrammes de sel d'argent sur 50 grammes d'eau. Au mois de mai 1858, cette personne est émigrée en Australie.

Des injections pratiquées dans les bronches, dans les affections pulmonaires.

Dans une publication du Dr Horace Green de New-York, que j'ai reçue en 1856, on trouve une statistique comprenant 106 cas de maladies pulmonaires traités par l'injection d'une solution de nitrate d'argent dans les bronches. A cette fin, un cathéter flexible est introduit à travers le larynx jusque dans la division de droite ou de gauche de la trachée, et au moyen d'une seringue de verre, le liquide est projecté dans le poumon. Ce procédé audacieux a été préconisé comme produisant les meilleurs résultats dans les cas de tuberculose pulmonaire, de bronchite et d'asthme. Quoique la tuberculose soit dès le principe une affection constitutionnelle, sa localisation dans une partie quelconque de l'économie agit plus ou moins sur la santé générale; aussi cette idée émise par moi il y a longtemps, que tout moyen qui permettrait au médecin d'agir directement sur le tissu du poumon ou sur les bronches inflammées, lui serait du plus grand secours, ne pouvait manquer de me disposer favorablement à l'égard de cette nouvelle méthode. Le nitrate d'argent doit agir aussi favorablement sur la muqueuse de la trachée et des bronches que sur celle de n'importe quel autre viscère creux; d'ailleurs, nous avons vu précédemment ce moyen appliqué à la membrane muqueuse de la trachée en profitant d'une ouverture artificielle (voir obs. CXXXIX). Or, cette opération s'est exécutée non seulement

sans danger mais avec un avantage évident. La grande difficulté, c'était de traverser l'ouverture de la glotte; j'écrivis donc au Dr Green pour le prier de m'envoyer les instruments qu'il employait. J'extrais le passage suivant de sa réponse, datée de New-York, 30 janvier 1857 :

« Je me ferais un plaisir de vous envoyer les instruments dont je me sers, mais ils sont si simples qu'il est facile de se les faire préparer chez le premier fabricant venu d'instruments de chirurgie. Ce sont : une sonde en gomme bien flexible et une petite seringue en argent ou en verre. Je me sers d'une sonde n° 11 ou 12 du Dr Hutching, longue de trente centimètres. Or, comme la distance ordinaire entre les incisives et la bifurcation de la trachée est d'environ vingt centimètres, si l'on pousse l'instrument de façon à n'en laisser que cinq centimètres hors de la bouche, le bout inférieur de l'instrument (s'il est bien dans la trachée) ne saurait manquer de s'engager dans l'une ou l'autre des deux divisions bronchiques. Je commence par préparer mon patient, en essayant pendant une ou deux semaines d'appliquer la sonde armée de son éponge à l'ouverture de la glotte et même dans le larynx, jusqu'à ce que la sensibilité des parties soit notablement diminuée. Après avoir donné une légère courbure à ma sonde, je la plonge dans de l'eau froide ce qui, dans le moment, raidit l'instrument et dispense de la sorte de se servir d'un mandrin. Cela fait, la tête du malade étant rejetée en arrière, et tenant sa langue abaissée, je porte l'extrémité recourbée de l'instrument jusque sur la face laryngée de l'épiglotte, puis la faisant glisser rapidement à travers la fente glottique, je le pousse jusqu'à la bifurcation de la trachée, dans l'une ou l'autre des deux bronches, selon l'indication. Il est indispensable que le patient continue à respirer; d'ailleurs l'instrument s'introduit avec la plus grande facilité durant l'acte de l'inspiration. Cela fait, la canule de la seringue se met dans la sonde et il ne reste qu'à pousser l'injection. Ce dernier temps de l'opération doit s'exécuter aussi vivement que possible, sinon l'on est exposé à voir se produire un spasme de la glotte. En effet, si la sensibilité naturelle de l'ouverture glottique n'a déjà été émoussée par des applications antérieures du nitrate d'argent en solution, ou bien si l'instrument au moment de son introduction touche un peu rudement les cordes vocales, il s'ensuit nécessairement un spasme de la glotte qui ne manque pas d'entraver la marche de l'opération. Dans cette manœuvre, on doit se guider sur *l'épiglotte qui est pour ainsi dire insensible*, ce dont il est facile de s'assurer chez le premier individu venu; pour cela, il suffit d'introduire deux doigts jusqu'à la base de la langue et l'on pourra impunément toucher et même avec l'ongle gratter ce cartilage. Je me sers d'une solution de 0,65 centigrammes à 1 gramme 50 centigrammes de nitrate par 30 grammes d'eau. Pour commencer, la dose est de 0,65 centigrammes à 1 gramme, et elle est peu à peu augmentée; j'emploie aujourd'hui des solutions de 2 à 3 grammes et demi de nitrate par 30 grammes d'eau.

Dans les cas de bronchite ou d'asthme et dans la phthisie, l'emploi de ce moyen une et même deux fois par semaine, diminue presque à coup sûr

la toux et l'expectoration, principalement dans les deux premières de ces affections, et bon nombre de malades ont guéri par ce mode de traitement après avoir subi vainement d'autres médications. Dans l'intervalle des injections, l'on continue les applications de la solution au moyen de la sonde armée d'une éponge. »

Mon trimestre de service dans les salles cliniques étant expiré au mois de janvier, ce ne fut qu'en mai 1857 que j'eus l'occasion d'entreprendre une série d'observations sur ce sujet. J'eus la chance d'être assisté par le professeur Barker de New-York, qui me montra l'espèce de cathéter qu'il avait vu employer au Dr Green, ainsi que la manière dont l'opération devait s'effectuer. Sans entrer dans plus de détails, je me bornerai à dire simplement que les résultats obtenus n'ont fait que confirmer ceux du Dr Green. A différentes reprises dans les salles cliniques de l'infirmerie, j'ai publiquement introduit le cathéter chez plusieurs malades affectés les uns de phthisie à des degrés divers, d'autres de laryngite ou de bronchite chronique avec accompagnement de violents accès d'asthme. Je dois ajouter cependant, que j'ai vainement essayé de passer le tube chez certains sujets dont on ne parvenait point à bien découvrir l'épiglotte, ou bien dont la gorge était extrêmement irritable, et qu'il suffisait de toucher avec la spatule pour déterminer des efforts de toux. Une chose qui m'a surpris, c'est l'absence absolue d'irritation à la suite de ces injections. Il y a plus, la seule sensation accusée par le patient, c'est un sentiment de chaleur agréable (chez quelques uns c'est un sentiment de fraicheur), suivi de l'apaisement de la toux et même de la disparition temporaire de toute expectoration.

A l'occasion de ces injections, j'ai pu observer de très-grandes différences dans la conformation de l'épiglotte, ainsi que dans l'irritabilité de l'isthme du gosier et de la base de la langue, suivant les sujets. Chez certaines personnes, il suffit d'abaisser la langue pour découvrir l'épiglotte qui est relevée et tout à fait insensible, ainsi que l'a observé le Dr Green, de sorte que le cathéter passe dessus sans aucune difficulté. Chez d'autres, au contraire, c'est avec beaucoup de peine que l'on parvient à atteindre le sommet de l'épiglotte, si même on peut l'apercevoir. Je n'ai pas encore eu l'occasion de passer le cathéter dans de telles circonstances. Cependant, si certains individus supportent que l'on déprime leur langue fortement et que l'on touche librement leur gosier et leurs cordes vocales, il en est d'autres qui éprouvent des spasmes violents ou donnent tous les signes d'une vive irritation, rien que par l'effet de la pression à l'aide de la spatule. Cela me paraît tenir plutôt à une disposition constitutionnelle qu'à une affection locale quelconque, les uns étant plus irritables que les autres. Au reste les mêmes différences s'observent entre des individus en parfaite santé; je me souviens même d'un sujet chez lequel, après avoir traversé la glotte avec mon éponge, je pus la laisser en place, empêchant complètement la respiration durant plusieurs secondes, et cela sans provoquer le moindre effort de toux ni la moindre gêne. Chez Dawson, entre autres,

(observation CXLIV) l'irritation produite par la pression du cathéter était presque nulle. Toutes les fois que l'irritabilité serait trop vive, on devra s'abstenir de cette opération. A l'appui de cette remarque, je citerai seulement, l'exemple d'un de mes clients, phthisique fort désireux d'être soumis à ce traitement; s'étant efforcé opiniâtrement à retenir sa toux au moment où je faisais l'injection, il ressentit dans la poitrine une vive douleur qui persista plusieurs jours.

PLEURÉSIE.

Obs. CXLV (1) *Pleurésie aiguë. — Guérison.*

Commémoratif. — Mary Harvey, 21 ans, robuste servante, est reçue à la clinique le 23 juillet 1851. Elle avait toujours joui d'une bonne santé, lorsque ces jours derniers, après s'être exposée au froid et à l'humidité en lavant du linge, elle fut prise de gêne de la respiration, en même temps que d'une douleur aiguë, pongitive, dans le côté droit. Elle ne tarda pas à éprouver de la céphalalgie, un malaise général et tout le cortège des symptômes fébriles. Cependant, elle ne se rappelle point d'avoir eu de frisson. La dyspnée ainsi que la douleur locale n'ont fait qu'augmenter d'intensité, bien que les symptômes fébriles aient un peu diminué au moment de l'entrée.

Symptômes a l'entrée. — En percutant la partie antérieure du poumon droit, on trouve une matité complète dans toute sa moitié inférieure; en arrière, cette matité s'étend aux deux tiers inférieurs. Du côté gauche, il existe partout de la sonorité à la percussion. A droite, vis à vis du siége de la matité, il y a absence complète de respiration et en même temps une très forte résonnance vocale. En arrière et vers le milieu du poumon, on trouve de l'égophonie. Nulle part on ne distingue de crépitation ni de bruit de friction. Respiration puérile du côté gauche; toux légère mais sans expectoration; dyspnée de moyenne intensité; douleur aiguë, lancinante dans le côté droit, augmentant lors des inspirations profondes; céphalalgie violente et malaise général; chaleur naturelle à la peau mais avec sécheresse; pouls à 100, de force moyenne; langue chargée; face injectée; anorexie; soif vive; autres fonctions normales.

Marche de la maladie. — Dès le lendemain, la dyspnée et la douleur avaient diminué. Dans la matinée du 25, il survient une transpiration abondante, et le jour suivant les urines déposent un sédiment copieux, composé de phosphates et d'urates; les symptômes fébriles ont disparu. Pouls à 34, mou. A l'auscultation, bruit de friction vers la limite supérieure de la matité du côté droit. Le 3 *août* le pouls est à 72, faible. La douleur persiste encore et les signes physiques restent les mêmes. Le 6, l'étendue de la matité, l'égophonie et la résonnance vocale commencent à diminuer; en même temps le bruit de friction augmente. Le 9, on cesse d'entendre ce bruit, et le murmure respiratoire se perçoit dans les parties du poumon ci-devant le siége de la matité. Le 27, la malade est parfaitement guérie, à part un petit restant de matité, et, à sa demande, elle est congédiée. Au moment de l'entrée, douze sangsues furent appliquées sur le côté malade, puis des fomentations chaudes. On a donné ensuite deux pilules purgatives et deux centigrammes de tartrate d'antimoine avec deux grammes de solution de chlorhydrate de morphine, toutes les quatre heures. Plus tard encore on appliqua une série de vésicatoires du côté droit. Le 3 août, on prescrivit six pilules de calomel et d'opium, pour en prendre trois

(1) Recueillie par M. C. D. S. Phillips, élève du service.

dans la journée, mais cet ordre ne fut point entièrement exécuté et il n'y eut aucune action physiologique.

Commentaire. — Cette observation nous montre une pleurésie aiguë sans complication, mais avec tout le cortège des symptômes et des signes caractéristiques décrits par les auteurs classiques. La fièvre s'est terminée au dixième jour par une crise à la peau et par les reins. Les signes physiques ont commencé à disparaître le dix-septième jour, mais au trente-cinquième seulement ils furent complètement dissipés. Lorsque la malade est arrivée ici, la plèvre devait contenir une quantité considérable de lymphe mêlée de sérosité; ces produits se sont séparés dans la suite, puisque le poumon était comprimé au point qu'il n'existait plus de murmure respiratoire à la partie inférieure. Au niveau supérieur de la matité, cependant, on percevait de l'égophonie. Remarquons en passant que ce signe manque aussi fréquemment qu'il existe dans la pleurésie; il ne mérite donc pas toute l'importance que lui accordait Laennec. La diminution de fonctionnement du poumon comprimé était manifestement contrebalancée par une action plus forte dans son congénère resté libre, comme le prouve la respiration puérile qui existait de l'autre côté. Enfin, il était très instructif d'observer comment, à mesure que le liquide s'absorbait, et partant que les surfaces pleurales se remettaient en contact, des bruits de friction se sont développés, puis à leur tour ont fini par disparaître, vraisemblablement après que les surfaces de frottement se furent unies l'une à l'autre. Quant au traitement institué, s'il a contribué à diminuer le point de côté, il n'a évidemment exercé aucun effet sur la marche de la maladie.

Obs. CXLVI (1) *Pleurésie aiguë en l'absence de symptômes fonctionnels. Guérison rapide.*

Commémoratif. — Peter M'Guire, 21 ans, ouvrier, entré le 12 septembre 1856, rapporte qu'au mois de juin dernier, il a été pris de douleur dans le côté droit, avec chaleur à la peau et une fièvre légère. A cette occasion, on le saigna, on lui mit des vésicatoires et on lui fit garder le lit quinze jours. Au bout de ce temps, il était parfaitement guéri. Cependant, depuis cinq semaines, il a dû abandonner de nouveau son travail par suite de douleurs à l'épaule droite, dans le bras et dans le côté. Mardi dernier, qui était le 9, ces douleurs prirent une nouvelle intensité et s'accompagnèrent, dit-il, de dyspnée, de soif et de chaleur à la peau. Le lendemain, sans se mettre au lit, il ne put se rendre à sa besogne; enfin, voyant que le mal ne diminuait point, il vint à l'hôpital.

Symptômes a l'entrée. — La percussion donne un son clair dans toute l'étendue du côté gauche du thorax. La respiration est légèrement puérile. Du côté droit, le poumon est partout également sonore à la percussion, excepté en arrière où il existe un peu de matité au-dessous de la sixième côte. Vis-à-vis du siège de la matité, la respiration s'entend faiblement, mais on n'y remarque ni bruit de friction ni râles crépitants. Au sommet, la respiration est rude et la résonnance vocale

(1) Recueillie par M. A. Turnbull, élève du service.

est plus forte que de l'autre côté. A la base et au voisinage de l'épine dorsale, il se produit un commencement d'égophonie. Toux légère, s'accompagnant d'un peu de douleur. Expectoration peu abondante et aérée. Pas de douleur dans le côté droit, ni même de malaise pendant les grandes inspirations. Circulation normale, à part le pouls qui est plein et bat 96 fois par minute. Constipation; soif vive. Urines claires, non coagulables par le chaleur ni par l'acide nitrique; chlorures en abondance. *Prescrip. Poudre d'ipéca composée*, 0,78 *centigrammes à prendre le soir.*

Marche de la maladie. — 15 *septembre.* Le malade n'a guère transpiré la nuit; il se plaint de palpitations légères mais n'éprouve aucune espèce de douleur. Les bruits du cœur sont normaux. En percutant le côté droit de la poitrine, la ligne de matité qui dans la position couchée s'arrête vers le cinquième espace intercostal, remonte jusqu'au troisième lorsque le patient est assis dans son lit. — 15 *septembre.* Le niveau de la matité s'élève jusqu'à la hauteur de la seconde côte en avant, et reste le même dans toutes les positions. La résonnance vocale est forte, au-dessus du mamelon droit, mais la respiration est faible. Au sommet, elle est rude et très prolongée. *Prescr. Prendre toutes les 4 heures* 0,005 *milligrammes d'antimoine. La nuit dernière on avait appliqué un vésicatoire qui a très bien levé.* — 17 *septembre.* Il n'y a pas de douleur dans le côté, même durant les inspirations profondes. Pas de fièvre; appétit satisfaisant; le malade se sent mieux. Pouls à 100, petit et faible. La matité s'est étendue à toute la partie postérieure du thorax, et remonte en avant jusqu'au niveau de la seconde côte, au-dessus de laquelle on perçoit un bruit de pot fêlé. A présent il n'existe plus aucune différence à la percussion, que le malade soit assis ou couché. En arrière, le murmure respiratoire est faible et éloigné; il n'est pas d'ailleurs normal et il y a égophonie bien marquée. Du côté gauche et en arrière, respiration puérile; en avant du côté droit, respiration exagérée en haut, faible en bas où la résonnance vocale est augmentée. Absence de bruit de friction. — 18 *septembre.* La matité s'est encore étendue; le bruit de pot fêlé est plus limité, par contre il a acquis plus d'intensité au-dessous de la clavicule. On perçoit par moments un bruit de friction, en arrière. *Badigeonner à la teinture d'iode.* — 19 *septembre.* La matité se limite nettement par une ligne à convexité inférieure, dont le plus grand éloignement de la clavicule est de trois bons centimètres et le point le plus rapproché de six millimètres. — 21 *septembre.* Le bruit de pot fêlé, qui se borne à présent à un point au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire, n'est plus aussi distinct. Le malade se plaint de dyspnée en marchant. — 22 *septembre.* Le bruit de pot fêlé est remplacé par une sorte de son métallique. Le malade se trouve tellement bien qu'il voudrait quitter l'hôpital pour retourner à ses occupations. — 23. Cependant, le côté droit se dilate bien peu, même par une inspiration profonde. On applique un cataplasme chaud sur tout le côté droit de la poitrine. — 26. Le malade se plaint de dyspnée lorsqu'il marche un peu vite. *Fomentations chaudes, au moyen de spongio-piline appliquée sur tout le côté.* 90 *grammes de vin par jour.* — 27. La ligne de matité en avant, restée stationnaire durant 7 jours, s'est abaissée sensiblement et n'est plus aussi bien marquée. Pas de toux ni d'expectoration; pouls à 80, plutôt faible. Appétit assez bon. On continue les fomentations et le vin. — 2 *Octobre.* La sonorité en avant et en dedans du mamelon a gagné jusqu'au sixième espace intercostal; à droite du mamelon, la matité persiste encore. La sonorité à la partie antérieure et supérieure du côté droit se limite par une ligne allant du sommet de la région axillaire vers le mamelon. Le pouls reprend peu à peu de la force. — 4. La partie antérieure du côté droit a presque entièrement repris sa sonorité normale. La région latérale est également devenue un peu plus sonore. En avant et sur le côté, vis-à-vis des quatrième et cinquième côtes, et en arrière mais à moindre degré, on perçoit un bruit de friction de retour. Les palpitations se sont reproduites, et à l'auscultation, l'on entend un murmure

très doux au premier temps. — 13. La percussion rend un son parfaitement normal sur toute la surface antérieure du côté droit du thorax; toutefois, il reste encore un peu de matité en arrière. Le bruit de friction en retour est peu marqué dans la respiration ordinaire. — 18. Lors des inspirations profondes, les deux côtés de la poitrine se dilatent également; la résonnance est aussi la même en avant, mais, au côté externe du mamelon droit, le doigt qui percute éprouve un sentiment de résistance marquée; en même temps existe encore une légère diminution de sonorité comparativement avec l'autre côté. En arrière et sur tout le côté droit, la percussion donne un son plus matqu'à gauche; néanmoins, la sonorité se rapproche de l'état normal. A l'auscultation, les murmures respiratoires sont égaux de part et d'autre en arrière; nulle part de bruit de friction si ce n'est latéralement à droite; dans ce même point et surtout sous l'aiselle, on trouve la résonnance de la voix sensiblement accrue. Depuis assez longtemps, la santé générale est bonne, et le malade demandant à sortir, est congédié.

Commentaire. Lorsque cet homme est arrivé, nous avons supposé, et avec raison, je pense, que la matité relative à la percussion, notée en arrière et à droite, dépendait de la pleurésie dont il avait été atteint au mois de juin, et que les douleurs erratiques accompagnées d'un peu de fièvre étaient dues à du rhumatisme. Deux jours plus tard, il se faisait manifestement une nouvelle exsudation dans la plèvre droite; chose remarquable, l'épanchement ne s'est arrêté qu'après avoir rempli toute la cavité séreuse et cela sans fièvre, sans point de côté et sans aucun de ces symptômes auxquels on est habitué dans la pleurésie aiguë. Cet état de choses, après avoir persisté une semaine, fit place à l'absorption et se dissipa graduellement. En un mot, nous avons eu dans le début, la marche et le déclin de la maladie, la preuve indubitable de l'existence d'une pleurésie aiguë en l'absence de tout symptôme fonctionnel quelconque, cet homme prétendant, durant tout ce temps là, qu'il était en parfaite santé; ce fut même avec peine qu'on put le retenir dans l'établissement. Cette observation vous démontre comme quoi une pleurésie aiguë peut, de même qu'une péricardite (obs. CVI), exister à l'état tout à fait latent, et ne donner lieu dans ses diverses périodes à aucun de ces symptômes auxquels les auteurs classiques accordent tant d'importance. L'observation CXXXIII vous en fournira un autre exemple remarquable. Il serait superflu de commenter ici l'importance de faits semblables par rapport au traitement et aux opinions des anciens, concernant les bons effets des émissions sanguines et des remèdes antiphlogistiques. Dans le cas de Stanbroke (obs. CIII), nous avons vu qu'une péricardite n'exige nullement l'emploi de ces remèdes pour traverser ses phases naturelles, et voici une nouvelle preuve du même fait à l'égard de la pleurésie. La douleur locale ne nous apparaît donc que comme un phénomène accidentel, nullement essentiel à une véritable inflammation.

Obs. CXLVII (1) *Pleurésie chronique double. — Bronchite.*

Commémoratif. — John O'Neil, agé de 40 ans, écrivain, est admis dans la salle

(1) Recueillie par MM. Cunningham et Calder, élèves du service.

clinique le 28 novembre 1850. Trois semaines auparavant, il fut pris dans le côté gauche d'une douleur vive qui lui ôtait la respiration. Au bout de trois jours, se sentant mieux, il retourna à son emploi, mais, le soir même, il ressentit des frissons et le mal reparut, des symptômes fébriles violents se manifestèrent en même temps que de la toux et de l'expectoration. Il se soumit alors à un traitement médical et se trouve déjà beaucoup mieux au moment de son admission.

Symptômes. — Il existe une matité complète à la percussion dans toute l'étendue du côté gauche, en avant comme en arrière, excepté à la région sous-claviculaire où la matité est incomplète. Par contre, la sonorité est augmentée à droite. Du côté gauche, l'expansion du thorax est considérablement diminuée, et la voix ne produit plus de frémissement. A l'auscultation, on n'y perçoit plus de murmure respiratoire si ce n'est au sommet, où l'on trouve une expiration prolongée accompagnée de râles sibilants. Du côté droit, à la face antérieure, on entend de forts râles sibilants à l'inspiration et à l'expiration. En arrière, la respiration est puérile. A gauche, il existe une augmentation de la résonnance vocale qu'on pourrait même qualifier de bronchophonie; de plus, vers la région scapulaire elle prend un caractère égophonique. Du côté droit, la résonnance vocale est naturelle. Toux forte et fréquente, donnant lieu à une expectoration abondante de mucosités très aérées; pas de douleur dans la poitrine même durant les inspirations profondes, mais bien, de temps en temps, de petits élancements; pas de dyspnée. La pointe du cœur bat dans la région épigastrique immédiatement au-dessous du cartilage xiphoïde, et c'est du côté droit du sternum et à sa partie inférieure que les bruits, n'offrant d'ailleurs rien d'anormal, s'entendent le plus distinctement. Pouls à 68, petit; urines troublées par des dépôts d'urates; appétit satisfaisant. Rien d'anormal dans les autres fonctions.

Marche de la maladie. — 9 *décembre*. On note un bruit de friction sous la clavicule gauche et une sonorité plus diffuse à la percussion. — Le 26, le bruit de friction bien accentué, s'étend jusqu'à deux ou trois centimètres au-dessous du mamelon gauche; la matité est bornée aux deux tiers inférieurs du poumon. La bronchite, de son côté, a notablement diminué, et le 17 *janvier*, il n'existe plus ni toux, ni expectoration, ni absolument aucun râle bronchique. — 25 *février*. Un examen attentif fait constater, dans le poumon gauche, une matité complète depuis le mamelon jusqu'en bas, et en outre un fort bruit de friction double avec absence de respiration. Le malade se plaint d'une douleur sourde dans le bas de la poitrine à droite, et le lendemain, on constate à cet endroit un bruit double de friction, lequel avait disparu le 3 *mars* suivant. Toutefois ce bruit revint à plusieurs reprises, accompagné d'élancements plus ou moins violents. — Le 2 *avril*, on constate de la matité sur les deux côtés de la poitrine, remontant à la partie antérieure jusqu'au mamelon; en même temps il existe aussi des bruits de double friction. L'expansion des parois thoraciques est égale de part et d'autre; le côté gauche s'est du reste beaucoup amendé, et la respiration s'entend dans les deux tiers supérieurs du poumon. Durant tout le mois *d'avril*, on ne constate aucun changement dans les signes physiques, et le malade souffre considérablement de dyspnée. Pendant le mois de *mai*, la matité se circonscrit de plus en plus à gauche, mais à droite elle fait des progrès. Néanmoins la dyspnée a diminué, et la santé générale s'est améliorée au point que le malade peut se promener dans le jardin. Durant les mois de *juin* et de *juillet*, il continue d'aller de mieux en mieux, tout en se plaignant encore de temps en temps de douleur dans la poitrine, de toux et même d'une légère expectoration, récrudescences occasionnées, sans doute, par quelques imprudences. Cependant, la respiration s'étend peu à peu dans la partie inférieure du poumon gauche, et, vers la fin de *juillet*, la matité a notablement diminué à droite. Enfin, la convalescence marche si bien que le malade est congédié le 1 *avril*. Voici quel a été le traitement institué : dans le principe, on a eu recours aux expectorants

et aux calmants pour combattre la bronchite; en même temps, on donnait l'iodure de potassium à l'intérieur, et une série de vésicatoires étaient appliqués sur les points malades. En *février*, des pilules de calomel et d'opium furent administrées, ce qui causa un peu de salivation durant une dixaine de jours. Lorsque la pleurésie fit son apparition du côté droit, elle fut combattue par de fréquentes applications de sangsues et plus tard par des révulsifs. Ces derniers moyens furent du reste continués ou, pour mieux dire, employés suivant l'indication, pendant tout le reste de son séjour dans l'établissement. Entre temps, on a fait aussi usage des expectorants, des calmants, des antispasmodiques et des purgatifs.

Commentaire. — Voici bien un cas de pleurésie à marche chronique, ayant débuté par le côté gauche et passant plus tard dans le droit. A mesure que le mal déclinait d'un côté il se développait de l'autre; de part et d'autre les signes physiques indiquaient très exactement l'étendue de l'exsudat liquide, puis son absorption, le frottement des surfaces malades l'une contre l'autre et leur adhésion finale. Tous ces changements occupent une période de plus de huit mois. Impatientés de la lenteur de l'affection et voyant le peu de disposition que l'exsudat avait à s'absorber, nous avons voulu essayer le mercure et nous avons prolongé la salivation durant dix jours, au bout desquels, constatant l'abattement, la perte de l'appétit, et bientôt la diminution des forces de l'économie qui en était le résultat, nous avons jugé bon de ne pas insister davantage. Toutefois, bien loin que cet agent ait favorisé l'absorption, nous remarquons au contraire que c'est au moment où l'organisme était sous son influence que la pleurésie s'est développée de l'autre côté. A coup sûr, des faits de ce genre devraient désabuser les médecins de l'opinion encore trop généralement répandue de la propriété attribuée aux mercuriaux, de provoquer l'absorption des exsudats (voir Péricardite).

PATHOLOGIE, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE LA PLEURÉSIE.

Il n'est guère possible d'interpréter les signes physiques de la pleurésie sans s'être familiarisé parfaitement avec les apparences que présentent les exsudats à la surface de la plèvre. Ces lésions sont essentiellement les mêmes que celles qui ont été décrites à propos de la péricardite, t. II, pp. 231 et 232.

Voici d'ailleurs ce que j'ai pu observer à diverses reprises dans des cas de pleurésie très aiguë, rapidement terminés par la mort. En soulevant le sternum, lorsqu'on a eu soin de ne point déranger la position du cadavre depuis quelques heures, on trouve la cavité pleurale malade remplie d'un liquide d'aspect clair et d'une teinte jaune verdâtre. Lorsqu'on enlève ce liquide au moyen d'un vase peu profond, les premières portions apparaissent parfaitement claires et transparentes, mais à mesure que l'on continue à puiser, le liquide devient de plus en plus trouble, jusqu'à ce qu'enfin il ne reste plus qu'une sorte de bouillie semi-liquide. Il arrive fréquemment qu'une bonne partie de cette dernière, bien qu'ayant assez

de consistance, soit à demi-transparente, semblable à de la gelée de pieds de veau légèrement colorée, tandis que le reste présente un aspect opaque ordinaire. Parfois, si le corps n'a pas été remué depuis vingt-quatre heures, l'exsudat tout entier se trouve séparé en deux portions distinctes : l'une supérieure liquide et parfaitement transparente, l'autre formée d'une masse pultacée, semblable à du pain délayé dans de l'eau ou à un cataplasme de gruau. Dans tous ces cas, les portions fibrineuses, par suite de leur densité plus considérable, gagnent le fond, tandis que la sérosité surnage et reste claire. La lymphe semi-transparente est celle dont l'exsudation s'est faite le plus récemment, aussi l'on y trouve fort peu de corpuscules plastiques. Voir t. I, pp. 219-220.

Lorsque l'exsudation se fait moins rapidement, la fibrine ou lymphe coagulée prend plus de consistance et forme sur la partie enflammée de petits flocons de volume variable, ou même un revêtement distinct, dont l'épaisseur peut aller d'un millimètre à deux centimètres et demi. Cette couche est toujours villeuse, cependant, elle offre parfois une conformation rappelant celle d'un rayon de miel, ou bien constitue des lambeaux à disposition dendritique, flottant librement dans la sérosité. Lorsqu'une membrane séreuse s'enflamme, elle ressemble à une surface muqueuse, et, de fait, elle en remplit momentanément les fonctions, car elle absorbe très activement la sérosité. Parfois, on y distingue un arrangement lamellaire produit probablement par des dépôts successifs d'exsudats épanchés à diverses reprises. Cette disposition s'observe fréquemment sur la plèvre, et ces différentes couches se laissent disséquer avec grande facilité. Parfois l'exsudat est mêlé de plus ou moins de sang extravasé, ce qui lui donne des teintes diverses de rouge, des nuances d'acajou ou violettes, etc., selon la quantité de sang et le plus ou moins d'ancienneté de l'épanchement.

Lorsque l'inflammation est moins aiguë et date de plus longtemps, on trouve, après la mort, la lymphe ou plasma sanguin offrant plus de consistance; elle a une disposition plus distinctement fibreuse, et s'étend d'une surface séreuse à l'autre sous forme de brides douées d'une ténacité et d'une résistance considérables. Ces brides ont une grande tendance à se contracter; aussi, en se raccourcissant de plus en plus, elles constituent une substance dense qui finit par faire adhérer fortement les surfaces séreuses. Cette substance continue à se condenser de plus en plus, et il n'est pas rare de lui trouver l'aspect général et la résistance d'un tissu ligamenteux. C'est ce qui se voit fréquemment chez les phthisiques, dont les lobes pulmonaires et les surfaces pleurales se trouvent ainsi réunis. Parfois même ce tissu acquiert une dureté cartilagineuse et ressemble au fibro-cartilage de la substance intervertébrale. On l'observe fréquemment sous cette forme à la surface des plèvres, et j'ai vu des cas où il y en avait plus d'un centimètre d'épaisseur interposé entre les côtes et les poumons. Là où l'exsudation se fait avec lenteur, il se produit des plaques indurées, brillantes, d'aspect cartilagineux, de grandeur variable; leur surface affecte les caractères d'une membrane séreuse, ce qui fait qu'elles n'entravent

en rien les mouvements des organes du voisinage. Ces taches sont on ne peut plus communes à la surface des organes parenchymateux tels que les poumons, le cœur, le foie, la rate et les reins. Il arrive que des abcès enkystés de la plèvre se résorbent; leurs parois, en se contractant, acquièrent une dureté cartilaginense. Le Dr Markham a rapporté un exemple remarquable où la membrane pyogénique avait pris la forme d'un tube autour duquel la plèvre pulmonaire était ridée, le poumon lui-même étant demeuré parfaitement intact (1). La surface interne était rugueuse, et, en la raclant, il s'en détacha des particules dures comme du sable, constituées principalement par de la cholestérine et par une matière granulaire. Enfin, les fausses membranes déposées à la surface des plèvres, surtout sur la plèvre costale, acquièrent souvent la dureté de la pierre, par suite d'un dépôt de matière calcaire; ainsi se forment des plaques calcaires ou seulement des grains disséminés à la surface de cette membrane séreuse.

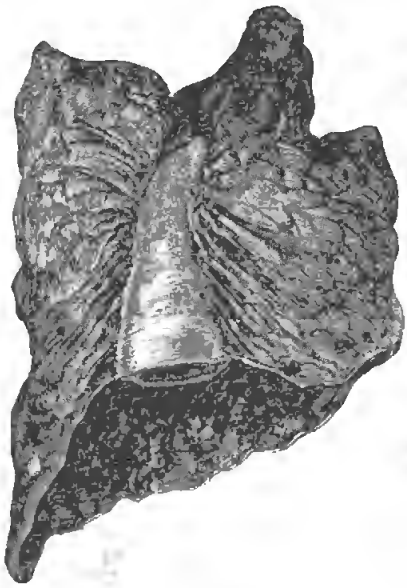


Fig. 487.

La structure intime de l'exsudat coagulé, composé de corpuscules plastiques ou pyoïdes et de fibres moléculaires, a déjà été décrite et figurée t. I, p. 231 et suiv. L'agrégation de ces fibres devient de plus en plus intime à mesure que la lymphe acquiert plus de densité, et, dans les cas où il se fait un dépôt calcaire, elles sont associées à des molécules et à des masses irrégulières de sels terreux, mêlés à des cristaux de cholestérine et parfois à une multitude de molécules et de granules graisseux.

L'anatomie pathologique de la pleurésie et l'observation attentive au lit du malade, s'accordent pour établir que si une grande quantité de liquide vient à s'interposer entre les plèvres, les bruits respiratoires seront abolis et la résonnance de la voix sera diminuée. Si la masse liquide est moins considérable, le murmure vésiculaire sera simplement obscurci et la résonnance vocale prendra un caractère vibrant particulier, que l'on a comparé au bêlement de la chèvre, d'où le terme d'égophonie. S'il y a des brides de lymphe chronique, lesquelles s'étendent par les mouvements de la poitrine, il se produira un bruit de friction pouvant aller jusqu'à rappeler le bruit de craquement du cuir neuf; s'il y a des dépôts calcaires, il pourra se produire (mais ceci est très rare dans les plèvres) une sorte de bruit de lime ou de

(1) *Pathol. Soc. Transact.* vol. IX, p. 51.

Fig. 487. Reliquats d'un abcès pleural (*Markham*).

grattoir. Enfin, on voit assez souvent, surtout au sommet du poumon, des adhérences compactes avec épaississement du tissu fibreux qui unit les plèvres, occasionner une matité partielle ainsi qu'une augmentation de la résonnance vocale; il faudra bien se garder de confondre cet état pathologique avec une condensation du tissu pulmonaire, résultat de tubercules.

Le traitement de la pleurésie est essentiellement le même que celui des autres inflammations aiguës. Il est rare que les sujets se présentent à l'hôpital au début de leur maladie, c'est-à-dire lorsque la membrane séreuse n'offre encore d'autre altération qu'une sécheresse anormale ou qu'il existe peu d'exsudat. Dans la pratique privée, ces cas ne sont pas rares; d'ailleurs, il s'en rencontre de temps en temps dans la pratique hospitalière. C'est à cette première période, qu'autrefois, l'on recommandait la saignée générale, dans le but de couper l'inflammation, résultat dont nous avons discuté la possibilité, t. I, pp. 391 et suiv. Quand l'exsudat s'est amassé en certaine quantité et s'est coagulé, la saignée est nuisible, et il reste seulement à en favoriser l'évolution ou les transformations, puis l'absorption et l'excrétion, au moyen de la chaleur, des applications topiques, des sudoriliques et des diurétiques. L'urine mérite donc une attention particulière, attendu que les sédiments qu'elle contient permettront de juger de la quantité de l'exsudat excrété. On se gardera bien, à cette période, de laisser les forces générales s'affaiblir, car c'est uniquement en soutenant la nutrition que l'on peut aider la nature dans ces transformations indispensables à la disparition du liquide et à l'adhésion de l'exsudat solide. Il est des médecins qui considèrent le calomel comme directement indiqué, dans le but de favoriser l'absorption dans la cavité séreuse. Ce moyen a été largement essayé chez le sujet de l'observation CXLVII, et le résultat a été de lui faire plus de mal que de bien. Au reste, bien que j'aie vu souvent, dans ce même but, avoir recours à cet agent, il ne m'a pas encore été donné de rencontrer un seul exemple où ses bons effets ne puissent être révoqués en doute. Lorsque la douleur locale est violente, des applications chaudes pour commencer, et plus tard des vésicatoires, aident à la faire disparaître.

Il se présente des cas où, l'exsudation s'étant faite en très grande abondance dans la cavité pleurale, et les forces vitales de l'économie étant fortement affaiblies, soit par manque de résistance constitutionnelle, soit par suite d'un traitement antiphlogistique institué mal à propos, soit même par défaut de repos, les transformations vitales en question ne se produisent point. L'exsudat se change alors en pus, et une partie de l'élément fibreux s'attache à la surface de la séreuse qu'elle tapisse. Cette terminaison de la pleurésie constitue *l'empyème*.

Obs. CXLVIII (1). — *Empyème avec communication fistuleuse entre le poumon et la cavité pleurale, et entre celle-ci et l'extérieur.*

Commémoratif. — George Fair, âgé de 30 ans, laboureur, est entré le 10 décem-

(1) Recueillie par M. J. M. Cunningham, élève du service.

bre 1850, dans un état d'affaiblissement profond. Il y a quatorze mois, il fut atteint d'une pleurésie aiguë pour laquelle il dut garder le lit huit semaines, et fut saigné plusieurs fois. Trois mois après, il ressentait encore de temps en temps de la douleur dans le côté droit; cette douleur s'aggrava peu à peu et ne le quitta plus; enfin, elle s'accompagna de toux et d'expectoration. Ce fut alors qu'il s'aperçut d'un léger gonflement au-dessous du mamelon droit, et cette grosseur, vers la fin de juillet, avait appris le volume d'un œuf. Une incision y fut pratiquée, et il s'en s'échappa environ un litre de matière purulente. Vers la fin du mois d'août, deux autres ouvertures s'étaient formées spontanément à côté de la première. Lorsque la matière sortait par l'ouverture externe, l'expectoration s'en trouvait diminuée d'autant.

Symptômes a l'entrée. — La paroi thoracique présente une dépression très marquée sous la clavicule droite; tout ce côté de la poitrine reste immobile même durant les inspirations profondes. Les trois ouvertures mentionnées persistent toujours : la supérieure (faite par l'incision) est située entre les sixième et septième côtes, immédiatement au-dessous du mamelon; les deux autres situées un peu plus bas sont plus petites; toutes trois donnent issue à une quantité de pus considérable. La circonférence de la poitrine au niveau du mamelon droit est de 89 centimètres; de l'apophyse épineuse vertébrale au sternum, du côté droit on trouve seulement 42 centimètres, et 48 du côté gauche. Ce dernier est partout sonore à la percussion, l'autre offre partout de la matité, surtout dans les deux tiers inférieurs. Cette matité n'est pas aussi marquée en arrière qu'en avant. A gauche, la respiration est puérile; à droite et sous la clavicule, elle est rude, la résonnance de la voix est augmentée. Un peu plus bas, le murmure respiratoire s'affaiblit et l'on perçoit des râles crépitants à l'inspiration, enfin, on cesse complétement de l'entendre en avant dans les deux tiers inférieurs; en arrière le murmure est faible partout, la résonnance de la voix est augmentée et égophonique, il existe en outre de la crépitation dans le tiers inférieur. Le malade se plaint de douleur derrière le sternum et sous la clavicule droite. La toux n'est ni fréquente ni très forte, l'expectoration est peu abondante, en partie blanche et spumeuse, en partie tenace et muco-purulente. La pointe du cœur bat faiblement, à un bon centimètre à gauche de sa position normale. Le pouls est à 92, un peu rebondissant, mais dépressible. Les forces générales sont bien amoindries.

Marche de la maladie. — Dans les premiers jours de *janvier*, le malade fut pris de vomissements et de diarrhée, le tout accompagné de symptômes fébriles, et suivi d'un affaiblissement très marqué. L'aspect général a un cachet hectique; l'ouverture thoracique devient douloureuse et s'agrandit, ses bords s'enflamment et s'ulcèrent et la suppuration continue toujours. — Le 17, on s'assure au moyen d'une exploration que des trois ouvertures décrites plus haut, celle du milieu seule pénètre directement dans la cavité pleurale et donne aisément passage à un cathéter n° 8. Quant aux deux autres, elles communiquent simplement avec la première, sous le tégument. — Le 29, la diarrhée et l'écoulement par la fistule sont diminués; l'appétit et la santé générale se sont améliorés sensiblement, mais le malade veut quitter l'établissement, entraîné par des amis.

Comme traitement, on a eu recours tout d'abord à un bon régime et aux toniques. La diarrhée et les vomissements ont été combattus par divers moyens appropriés à ces symptômes. Le 18 *janvier*, une petite canule et un cathéter n° 8, furent introduits côte à côte dans l'ouverture pleurale. Au moyen d'une seringue de Read fixée dans la première, on injecta dans la cavité de la plèvre environ trois quarts de litre d'eau distillée, chauffée à la température de 32° centigrades. Le liquide injecté s'échappa en majeure partie à travers la sonde flexible, mais vers la fin de l'opération, il sortait clair et sans mélange de pus. Pendant une demi heure à la suite de l'opération, une certaine quantité d'eau claire continua encore à suinter à travers la plaie.

Commentaire. — Lorsque cet homme nous est arrivé, ses forces étaient considérablement réduites. L'examen attentif des signes physiques et des symptômes montra manifestement qu'il y avait communication entre les poumons et la cavité pleurale, indépendamment des fistules extérieures qui s'ouvraient dans cette dernière. La fistule pleuro-pulmonaire s'était formée évidemment avant l'ouverture pratiquée dans la paroi thoracique, comme le prouve la diminution marquée de l'expectoration après que le pus eut été évacué à l'extérieur. Quant à sa persistance, je n'en puis douter, après avoir observé comment l'expectoration augmentait lorsque l'écoulement externe diminuait, et *vice versa*. Deux fautes avaient été commises dans le traitement; ce sont : 1° les saignées fréquentes qui avaient tellement affaibli le sujet, qu'il en résulta un arrêt dans les modifications de l'exsudat indispensables à la guérison; 2° l'ampleur de l'incision au lieu d'une petite ponction à l'effet d'évacuer la matière purulente. De ces deux erreurs, néanmoins, la première est la plus grave, attendu qu'elle était irrémédiable. Quant à la seconde, on y aura été entraîné sans doute par l'idée, autrefois si généralement admise, que le pus est un ennemi dans l'économie et qu'une fois sa présence reconnue, il faut se hâter de l'expulser sans réserve. Nous savons aujourd'hui qu'il n'y a rien à craindre de la simple présence de pus dans le poumon ou dans la cavité pleurale, et que son mode de disparition le plus naturel, c'est son absorption et son élimination. Toutefois, lorsque la quantité en est considérable, qu'il vient faire une saillie à l'extérieur ou qu'il déplace le cœur intérieurement, il n'y a pas de danger à faire une ponction avec une petite canule et à faire écouler la matière au dehors, en s'opposant néanmoins à l'entrée de l'air. Cette opération offre toute chance de bénéfice, attendu qu'elle épargne à l'économie un travail considérable qu'elle aurait dû faire inutilement, et en même temps, elle facilite la disparition de l'exsudat et le retour de l'expansion du poumon comprimé. Pour ce qui concerne l'opération de la paracentèse du thorax, et ses avantages, vous pourrez consulter plusieurs excellents articles du Dr Hughes (1), ainsi qu'une des leçons du Dr Alison (2). (Voir aussi t. II, p. 271 et suiv.)

La difficulté dans le cas actuel, c'était de restaurer les forces générales, surtout après qu'elles eurent été réduites au point que vous avez vu par la diarrhée; nous avons été assez heureux d'y parvenir jusqu'à un certain point. Notre attention se tourna ensuite vers le traitement de l'affection thoracique; il me vint à l'idée que si le pus était remplacé par de l'eau, il resterait moins de travail à faire aux surfaces absorbantes si affaiblies. La cavité pleurale, ainsi qu'il a été dit, fut donc lavée avec de l'eau distillée, chauffée à 32°, et nous nous proposions de répéter cette opération de temps à autre, si le malade nous était resté; nous avions l'espoir de

(1) *Guy's Hospital Reports*. Vol. II, 2e série.
(2) *Edinburgh Monthly Journal*, août 1850.

couronner heureusement ainsi la série des efforts destinés à produire sa guérison.

Obs. CXLIX (1). — *Pleurésie chronique avec pneumo-thorax en l'absence de symptômes. — Rhumatisme articulaire. — Péricardite. — Guérison.*

Commémoratif. — William Dow, âgé de 23 ans, bottier, entré le 26 janvier 1857, dit avoir eu toujours des habitudes de sobriété et avoir joui d'une bonne santé jusqu'au moment de son affection actuelle. Le 12 du mois dernier, après être resté toute une journée au froid et à l'humidité, il fut pris de douleurs articulaires qui affectèrent tour à tour la plupart des jointures et qui persistent encore. Dans la soirée du 7 janvier, sans avoir fait aucun effort, le malade fut saisi d'une douleur aiguë dans la région ombilicale, et en même temps de difficulté de respirer. Ces symptômes ne tardèrent pas à céder après l'ingestion d'une certaine poudre qui provoqua une abondante expulsion de gaz abdominaux. Le malade prétend qu'il n'a jamais eu ni toux, ni point de côté, ni aucun symptôme pulmonaire quelconque.

Symptômes a l'entree. — A l'inspection de la poitrine, on trouve le côté droit moins expansible que le gauche, du moins en avant. En arrière, le côté droit fait une saillie considérable au-dessous du niveau de la troisième côte, la mensuration indique également une légère différence d'un bon centimètre en plus pour le côté droit. Ce dernier ne bouge guère pendant l'inspiration, mais la circonférence du côté gauche s'accroît de plus d'un centimètre quand l'inspiration est entière. Il existe une sonorité tympanique à la percussion dans toute l'étendue du côté droit en avant, excepté peut-être au sommet. Cette même sonorité s'étend du côté gauche jusqu'au niveau du mamelon, à un bon centimètre en dehors du sternum. A l'auscultation, on trouve un peu de rudesse du bruit respiratoire au sommet du poumon gauche; toutefois, la respiration est normale partout ailleurs. Du côté droit, le murmure vésiculaire est masqué par un fort bruit de souffle amphorique, distinct surtout vers la base. L'expiration est très prolongée. Lorsque le malade est couché, les deux temps de la respiration, mais surtout l'expiration, s'accompagnent d'un son métallique prolongé, exactement semblable au son d'une trompette entendue à distance. Dans tout le tiers moyen, la voix résonne comme dans un tube d'airain. En arrière et de ce même côté, la percussion donne à la partie supérieure un son tympanitique, mais à partir de la seconde vertèbre dorsale, on trouve de la matité de plus en plus prononcée, à mesure que l'on s'approche de la base du poumon. Sur le côté, cette matité est limitée par une ligne verticale partant du pli postérieur de l'aisselle. L'inspiration est soufflante au sommet et l'expiration prolongée; en outre un petit craquement humide se fait entendre vers la fin de l'inspiration. Vers la base, le murmure respiratoire est à peine perceptible et l'inspiration s'accompagne d'une crépitation obscure? Il existe de l'égophonie au sommet ainsi qu'à la base, mais au tiers moyen la résonnance vocale est naturelle. Absence de toux, d'expectoration, de dyspnée, de douleur et de tout autre symptôme pulmonaire. Le battement de la pointe du cœur s'observe dans la situation normale. Matité transversale et bruits naturels. Pouls à 108, faible. Le malade est un peu sourd. Il souffre encore dans les deux genoux, dans les chevilles, dans l'épaule droite et dans les articulations métacarpo-phalangiennes. La langue est sèche et chargée, mais sans autre particularité. Il se dépose une grande quantité d'urates dans les urines. Le malade est très amaigri et a des sueurs profuses depuis sept semaines. Preser. : 0.75 *centigr. de poudre de Dover, à prendre le soir.*

(1) Recueillie par M. T. J. Walker, élève du service.

Marche de la maladie. — 28 *janvier*. La douleur articulaire est, à présent, réduite à si peu de chose que le malade remue les membres avec facilité. La nuit dernière a été bonne. Prescr.: *Nitrate de potasse, bicarbonate de potasse, de chaque 8 grammes; eau 160 grammes. M. En prendre 15 grammes trois fois par jour.* — 29 *janvier*. En examinant le malade aujourd'hui, le Dr Bennett trouve qu'en le plaçant sur le côté gauche, la percussion sur le sternum présente plus de matité que lorsqu'il est sur le dos, par contre, le son obscurci de la région latérale droite devient plus clair. En outre, lorsque le malade est assis ou couché, la matité remonte jusqu'au milieu de la région latérale droite; et si on le fait mettre sur son côté gauche, la partie postérieure de la région latérale opposée devient sonore. — 31 *janvier*. Les signes physiques du côté droit restent les mêmes. La pointe du cœur, dont l'impulsion est bien visible, bat un peu en dedans d'une ligne verticale, passant par le mamelon, entre les cinquième et sixième côtes. Au bord du sternum, on entend un double bruissement qui n'est pas tout à fait en synchronisme avec la systole ni avec la diastole. La matité cardiaque transversale est toujours de cinq centimètres. Pouls à 100, petit, un peu dur; 22 respirations. — 2 *février*. Le bruit de friction à la base du cœur est plus marqué; cependant le malade ne ressent ni douleur à cette région, ni aucun malaise, si ce n'est un peu dans toute la poitrine lorsqu'il vient à tousser. Il accuse en outre un peu de sensibilité à la percussion sur le sternum, au niveau des cinquième et sixième côtes. *Appliquer à la région précordiale de la spongio-pyline saturée d'eau chaude.* — 3 *février*. Le malade se sent si bien qu'il s'est levé ce matin. A partir de ce moment il reprend rapidement des forces. Les signes pulmonaires demeurent néanmoins les mêmes. Le bruit de friction au cœur diminue graduellement et disparaît le 12; cependant, il est remplacé peu à peu par un bruit de souffle que l'on entend surtout vers la pointe au premier temps. Le malade est congédié le 11 mars.

22 *juin*. Le sujet est rentré aujourd'hui : depuis qu'il est sorti, il a de nouveau perdu, par suite du travail trop pénible auquel il s'est livré et du manque d'appétit qui est survenu. La respiration amphorique, les bruits métalliques et la résonnance tubaire de la voix ont à présent disparu du côté droit, qui reste mat à la percussion et immobile durant l'inspiration. Toutefois, on y entend un très léger murmure respiratoire, et la résonnance de la voix est très forte. Le poumon gauche reste sain et on y constate une respiration puérile. Au cœur, on continue d'entendre le bruit de souffle au premier temps, surtout à la pointe. *Alimenter le malade et lui donner 120 grammes de vin par jour.* — 28 *juillet*. La santé générale a été en s'améliorant et le sujet a repris de l'embonpoint et des chairs, aussi, se sent-il beaucoup plus fort. Il n'éprouve d'ailleurs ni douleur, ni toux, ni dyspnée, ni incommodité quelconque. On constate un aplatissement manifeste du tiers supérieur et antérieur du côté droit de la poitrine. Cependant, ce côté se distend beaucoup mieux qu'autrefois, lors des inspirations profondes. La matité à la percussion persiste partout, et la résonnance vocale est exagérée au point de mériter le nom de bronchophonie à la partie antérieure et de pectoriloquie en arrière et en haut. Il y a absence de murmure respiratoire dans le tiers supérieur du poumon, mais l'inspiration est perçue faiblement à la partie inférieure en avant, et beaucoup mieux encore à la face postérieure. Le malade est congédié.

Commentaire. — Il n'est pas rare voir des gens ayant eu une pleurésie antérieurement, courir les rues avec un côté de la poitrine plus ou moins mat à la percussion, hors d'état de fonctionner, et malgré cela ne se plaindre de rien. Mais ce cas est, autant que je sache, le seul exemple connu d'une pleurésie ayant abouti à former un vaste pneumo-thorax, non seulement sans offrir de symptômes, mais même sans que le malade s'en soit douté. Néanmoins, tel est bien le cas dont vous venez d'entendre

l'histoire. En effet, lorsqu'à la clinique, je démontrai l'existence d'un son tympanitique dans le côté droit de la poitrine, l'absence de la respiration naturelle, la présence de sons métalliques accompagnant les bruits respiratoires, ainsi qu'une résonnance de la voix comme dans une tube d'airain, le malade lui-même soutenait qu'il n'avait jamais éprouvé le moindre mal de ce côté de la poitrine et riait de la peine que nous nous donnions à l'examiner. Dans ce cas, de même que dans celui de l'observation CXLVI, lorsque les symptômes de rhumatisme aigu se furent amendés, nous eûmes les plus grandes difficultés à retenir le malade dans l'établissement pour l'y observer. Après en être sorti, cependant, il finit par se convaincre que sa respiration n'était pas aussi bonne qu'elle aurait dû, et après son retour dans nos salles, nous eûmes la satisfaction de voir, sous l'influence d'une alimentation substantielle, les murmures pathologiques disparaître, la poitrine se contracter graduellement et la santé générale se rétablir. Que serait-il arrivé, si, négligeant les signes physiques, nous n'eussions point reconnu cet état morbide et que le malade eût été congédié aussitôt après la guérison de son rhumatisme? Sans doute on ne saurait le préciser; toutefois, jugeant d'après ce qui s'est passé, je n'hésite pas à penser qu'il n'aurait pas tardé à périr d'épuisement. Après sa première sortie de l'hôpital, je l'ai revu à plusieurs reprises, et il ne se soutenait que par l'usage d'une forte alimentation et du vin.

Obs. CL (1). — *Empyème consécutif à une phthisie chronique. — Paracentèse du thorax. — Pneumo-thorax. — Mort étrange par suite de distension énorme de l'estomac et d'emphysème de ses tuniques. — Pleurésie par cause tuberculeuse. — Adhérences du péricarde. — État cireux de la rate. — Tubercules dans les reins.*

Commémoratif. — Allan Brown, doreur, entré le 26 novembre 1856, rapporte qu'il y a environ un an, il éprouva tout à coup en s'éveillant la nuit, une douleur à la région du cœur en respirant; en même temps il eut un frisson et des symptômes fébrites. Cette douleur persista d'une manière aiguë trois jours durant puis disparut, non toutefois sans se faire sentir encore de temps en temps, même pendant un ou deux jours, pour disparaître de nouveau. Depuis une demi-année, il lui est survenu une petite toux généralement sèche, donnant lieu à l'expulsion de crachats aérés, blancs et gélatineux. Ces symptômes ont toujours persisté depuis lors; il y a environ huit mois, il a craché du sang. Il y a six mois, il observa dans son côté gauche un développement anormal, au point qu'au bout de deux mois, il était hors d'état de travailler, et même dans l'impossibilité de se coucher sur le côté droit. A peu près en même temps, il survint des sueurs profuses, mais qui ont graduellement diminué depuis lors. L'appétit n'a jamais été bien grand et l'est devenu encore moins qu'à l'ordinaire, surtout durant ces derniers mois. Par contre, la soif est toujours vive.

Symptômes a l'entrée. — Il existe une dépression marquée sous la clavicule, du côté droit de la poitrine. Au côté gauche, on constate un renflement de la région mammaire en dehors et en avant. En arrière, ce même côté fait à sa partie inférieure

(1) Recueillie par M. H. N. Maclaurin, élève du service.

une protrusion générale avec effacement des espaces intercostaux, toutefois dans une étendue assez limitée, sauf tout à fait à la base et vers la région lombaire, où l'on sent de la fluctuation et où le malade éprouve à la pression une extrême sensibilité; en même temps on constate de la rougeur et une élevation de température. La cage thoracique mesure dans la position assise :

	Au niveau du mamelon.	A dix centimètres plus bas.
Coté gauche.	0m,46	0m,43
Coté droit	0m,47	0m,42

La respiration produit un mouvement d'expansion du côté droit, principalement sous la clavicule et dans la région infra-axillaire; rien de pareil ne se fait du côté gauche; ici, matité absolue à la percussion en avant, sur le côté et en arrière. A droite et en avant, sonorité comparative jusqu'au niveau de la troisième côte; toutefois, le son n'est ni élevé ni clair. Plus bas, dans la région où l'on sent les pulsations cardiaques, il existe de la matité. Sur le côté et en arrière, la percussion ne révèle rien d'anormal. A l'auscultation, du côté droit et à la face antérieure, jusqu'au niveau de la troisième côte, latéralement et en arrière, les bruits respiratoires sont secs, un peu soufflants et plus forts qu'à l'état normal. Du coté gauche, l'oreille ne perçoit rien, si ce n'est vers le bout sternal de la clavicule et près de l'angle inférieur de l'omoplate, où le murmure respiratoire se fait entendre faiblement. La résonnance de la voix est plus forte au sommet du côté droit et partout en arrière que dans les points correspondants du côté gauche. Le malade est atteint d'une dyspnée telle que souvent il ne peut répondre aux questions qu'on lui adresse, si ce n'est après avoir repris haleine. La toux est brève, peu profonde mais pénible, et dès qu'elle commence elle persiste longtemps et va jusqu'à produire l'injection de la face. Les crachats sont rares et expulsés avec difficulté. L'impulsion cardiaque se fait sentir entre la cinquième et la sixième côte à droite et à trois bons centimètres et demi au-dessous et au côté externe du mamelon droit. Les bruits sont normaux. Le pouls est à 130, petit et faible. Pendant qu'on est occupé à l'examiner, le malade est pris d'un violent accès de toux spasmodique; on s'arrête pour ne pas le fatiguer davantage. Prescr. : 90 *grammes de vin par jour; régime des viandes rôties. Ajouter une portion de lait et un œuf au déjeûner.*

Marche de la maladie. — Le 8 et le 9 *novembre*, légère diarrhée; le 10, petits frissons. Voici ce que l'on constate à la visite du soir : à la base de la région latérale droite, la main perçoit un frémissement bien marqué en correspondance avec le rythme respiratoire. Aucune douleur particulière ne se fait sentir en cet endroit, si ce n'est par la pression; il y a également absence de matité. On perçoit un bruit de friction à l'inspiration et à l'expiration, remontant jusqu'au niveau du tiers inférieur de l'omoplate, latéralement jusqu'à la huitième côte, et seulement à la base en avant. Le frémissement produit par la voix n'est pas modifié. Pouls à 120, petit, faible et un peu dur. — 11 *novembre*. On constate encore le bruit de friction; pouls à 112, mou; peau fraiche; la diarrhée est arrêtée ou à peu près; abondant précipité d'urates, et chlorures en quantité dans les urines. — 12 *novembre*. Mr Syme vient faire la paracentèse du thorax de la manière suivante : une large incision est pratiquée à la partie inférieure et postérieure du côté gauche, là où la tumeur fait une plus forte saillie. Il faut traverser une épaisseur considérable de muscle et agrandir l'ouverture au moyen des doigts avant de voir s'échapper quelque chose. Environ 1800 grammes d'un pus sanieux, jaune sale se précipite par l'ouverture à chaque inspiration. Dans la soirée, il s'écoule de nouveau 1200 grammes de liquide. La respiration est plus libre qu'avant l'opération et la toux n'est plus provoquée aussi facilement. Le malade se couche davantage sur le dos. Pouls à 96, faible et mou. — 13 *novembre*. La

percussion rend partout un son tympanitique sur la face antérieure du côté gauche; latéralement et en arrière, les téguments sont œdématiés et les doigts éprouvent un sentiment de forte résistance en même temps qu'il se produit une résonnance amphorique profonde. La voix offre également une résonnance amphorique en arrière et en avant, et s'accompagne d'une sorte de pectoriloquie comme un chuchotement. A l'inspiration sous la clavicule, l'on constate un bruit de friction; la respiration est très faible en avant; en arrière, elle prend un caractère tubaire et devient moins distincte vers la base. Tout le long de l'épine dorsale, dans les deux tiers supérieurs du poumon, on entend le murmure respiratoire, mais il est faible si on le compare avec celui de l'autre côté. Dans celui-ci, il persiste toujours de la rudesse à l'inspiration, une expiration prolongée et une forte résonnance de la voix. Les murmures de friction ont disparu des régions antérieures et latérales. On sent les battements de la pointe du cœur à cinq centimètres à gauche et à deux et demi au dessous du mamelon droit. Le pouls est à 108, dépressible et faible. Langue sèche et d'un rouge vif; appétit défectueux; parfois de la soif; selles régulières; faiblesse considérable et grand malaise général, mais sans aucune douleur locale; parfois des frissons. — 15 *novembre*. Au sommet et sur la région infra-mammaire du poumon gauche, on constate un bruit de tintement métallique à la fin de l'inspiration; la résonnance de la voix a aussi un caractère métallique très prononcé. — 16 *novembre*. La poitrine mesure dans la position assise :

	Au niveau du mamelon.	A dix centimètres plus bas.
Côté gauche	0m,40	0m,395
Côté droit	0m,435	0m,43

En même temps, le pouls est petit et faible oscillant entre 120 et 130. Le malade se plaint beaucoup du brûlant et de la fétidité de la suppuration. De petites granulations apparaissent sur les bords de la plaie. — 20 *novembre*. A neuf centimètres au-dessous du mamelon droit, on constate, aux deux temps de la respiration, un bruit de friction rude. A douze centimètres et demi au-dessus et à six du côté externe du mamelon droit, on entend un bruit sourd de friction qui accompagne l'expiration; l'inspiration est brève et rude bien que libre d'ailleurs. A deux centimètres et demi plus bas et à dix centimètres en dehors de ce point, on note, mais à l'inspiration seulement, un bruit de friction plus fine. A environ quatre centimètres au-dessus du mamelon, toujours du côté droit, le murmure respiratoire est assez intense et s'accompagne, vers la fin de l'inspiration, d'un bruit rude et superficiel qui ressemble à de gros râles crépitants. A six bons centimètres au-dessus de ce mamelon, on remarque encore, mais à l'inspiration seulement, un râle muqueux offrant le même caractère rude et traînant. Au-delà de ce point, sur les deux premières côtes le murmure respiratoire est rude et bruyant. Toutes ces observations sont prises pendant que le malade est couché sur le côté gauche; un grand état de faiblesse empêche de l'examiner en arrière. Les yeux sont enfoncés; une sueur froide et visqueuse recouvre la face, et de petits frissons surviennent de temps en temps. — 26 *novembre*. L'état du malade n'a pas changé, toutefois l'appétit s'est prononcé aujourd'hui au point de pouvoir prendre deux œufs pour déjeûner. Le tintement métallique sonore du côté gauche continue toujours à s'entendre. — 30 *novembre*. Le tintement métallique a disparu. — 4 *décembre*. En mesurant la poitrine on trouve :

	Au niveau du mamelon.	A dix centimètres plus bas.
Côté gauche.	0m,38	0m,38
Côté droit	0m,405	0m,395

Le second niveau indiqué est celui du cartilage xiphoïde. — 8 *décembre*. Il s'est formé sur le sacrum une eschare très douloureuse de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes. Cependant l'état général continue à s'améliorer jusqu'au 12; l'appétit augmente; le sommeil est bon; il n'y a plus de frissons et le pouls descend à 96. — 13 *décembre*. La nuit dernière vers onze heures, le malade fut saisi d'une vive douleur à la partie supérieure de l'abdomen, l'empêchant de dormir. Ce matin il est encore souffrant; le mal augmente par la pression, bien que celle-ci soit supportable quand elle est légère. Respiration abdominale autant que thoracique; appétit nul; selle abondante et naturelle rendue il y a quelques heures. Pouls à 108, petit, sans dureté, ni énergie. La peau est chaude et le régard n'indique pas d'anxiété notable. — 15 *décembre*. On trouve au sacrum trois taches violacées en compagnie d'un très petit ulcère, lequel néanmoins est recouvert de granulations vermeilles. Le malade continue à se plaindre de la douleur abdominale. Dans la journée d'hier, il a rendu quatre selles diarrhéiques, à la suite desquelles il lui est resté beaucoup de malaise. Aujourd'hui, il n'a eu qu'une selle. Il existe beaucoup de sensibilité à la pression, et de plus du tympanisme dans tout le flanc gauche. Pouls à 96, faible et mou. — 16 *décembre*. Le malade est notablement mieux et continue d'aller bien jusqu'au 18. Ce jour-là, dans la soirée, il fut pris de vomissements; en même temps il éprouvait un sentiment de plénitude dans l'abdomen, ce qu'il attribua à ce qu'il avait pris beaucoup de limonade. Les vomissements continuèrent jusqu'à 11 heures, puis cessèrent. Les matières rendues étaient mi-solides, mi-liquides et se composaient évidemment de substances alimentaires. La pression éveille de la douleur à la région des muscles droits; il y a eu une selle normale ce matin; la respiration un peu laborieuse est à 30; pouls à 120, petit, un peu dur, mais tout à fait compressible; la connaissance reste entière; peau chaude et sèche; joues empourprées. — 19 *décembre*. Il s'est produit une rémission dans les symptômes. — Le 20, les vomissements reparaissent en même temps que la sensibilité et la douleur à l'abdomen constatées il y a deux jours. Ces symptômes continuent à s'aggraver jusqu'au 22, jour où le sujet succombe à deux heures du matin, avec toutes les marques d'une prostration profonde de l'économie entière.

Du jour où le malade est entré à l'hôpital, on a fait tous les efforts possibles pour soutenir ses forces au moyen d'un régime très substantiel et de vin. La diarrhée a été heureusement combattue par l'emploi de mixture crétacées, et les frissons ont cédé à la quinine. Les vomissements ont diminué sous l'influence du bismuth et de poudres aromatiques; dans les derniers temps, ils ont été notablement amendés par l'usage d'eau-de-vie et de glace à l'intérieur. Sur la fin, de la limonade gazeuse avait été permise au malade afin d'étancher sa soif.

Autopsie. — Vingt-huit heures après la mort.

Le corps est considérablement amaigri. Après avoir renversé les téguments et enlevé le sternum et les côtes, de manière à mettre au jour les cavités thoracique et abdominale, on constate un déplacement remarquable des organes contenus dans ces régions. Le côté gauche du thorax présente un espace vide, par suite de ce que le poumon s'est trouvé refoulé et comprimé contre la colonne vertébrale à laquelle il adhère fermement (fig. 488, b). Le cœur est situé sur la ligne médiane empiétant un peu sur le côté droit. L'estomac énormement distendu s'étend jusqu'au pubis et cache tous les autres viscères abdominaux à l'exception d'une partie du lobe droit du foie et du côlon (fig. 488, *e*).

Thorax. — Au moment où l'on ouvre le thorax, des gaz fétides s'échappent du côté gauche. Le péricarde présente des adhérences solides dans toute son étendue. Le cœur et ses valvules n'offrent rien d'anormal; cet organe avec le péricarde pèse 260 grammes. La cavité pleurale gauche contient environ 180 grammes d'un liquide purulent, fétide, de couleur sale. Les surfaces libres de la plèvre sont

recouvertes d'une couche d'exsudat chronique, disséminé partout sous forme de taches jaunes opaques, du volume de grains de millet et ressemblant à des tubercules. Cette couche se laisse facilement enlever; elle peut avoir trois bons millimètres d'épaisseur; elle est molle et pulpeuse à l'intérieur, mais elle est fortement vascularisée du coté où elle s'attache. Le poumon est fortement collé à la colonne vertébrale au moyen d'adhérences solides et condensées; son parenchyme a été comprimé, carnifié et réduit en un corps fusiforme d'environ quatorze centimètres de long sur cinq dans sa plus grande largeur (fig. 488, *b*). On ne parvient à le distendre que très imparfaitement en l'insufflant. Au sommet se trouve une cavité du volume d'une noix, tapissée par une membrane distincte et remplie d'une matière tuberculeuse, molle, évidemment très ancienne. Dans le parenchyme, on trouve disséminés bon nombre de petits noyaux tuberculeux, mais sans autre cavité. Le poumon droit présente partout de solides adhérences chroniques. Il est de grandeur moyenne, l'on y remarque au sommet une multitude de rides disposées en étoiles qui correspondent à des cicatrices denses et fibreuses dans la substance du parenchyme; l'on n'y trouve aucune concrétion.

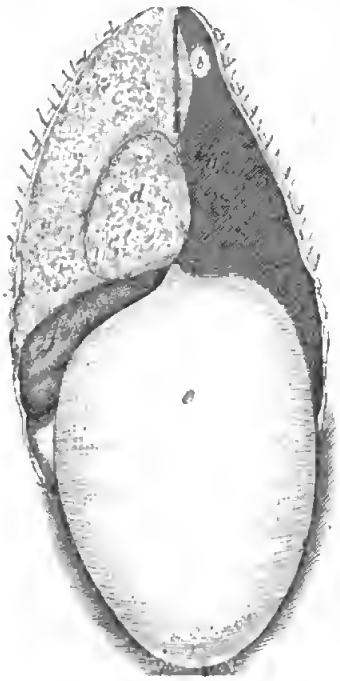


Fig. 488.

Abdomen. — Ainsi qu'il a été dit, l'estomac est énormément dilaté (fig. 488, *e*), et cette distension est due à la présence d'une grande quantité de gaz. En même temps il est comme tordu sur lui-même à l'union du cardia avec l'œsophage. Toutes ses tuniques sont très amincies, vraisemblablement par suite de la distension. La membrane muqueuse ne présente rien d'anormal, pas même la plus légère abrasion. Néanmoins, entre les tuniques séreuse et musculaire, ainsi qu'entre celle-ci et la muqueuse, on constate la présence d'une multitude de bulles d'air faciles à déplacer par la pression des doigts. Le tissu au sein duquel ce gaz est contenu n'est aucunement en putréfaction, et le gaz lui-même n'exhale aucune odeur fétide. Dans le cæcum et sur le côlon ascendant, on observe de nombreuses petites dépressions dans la membrane muqueuse, formant autant de cicatrices d'anciennes ulcérations. Au reste, on ne rencontre nulle part de trace d'ulcère intestinal récent. La rate pèse 250 grammes et sa densité spécifique est de 1063. Le parenchyme est sain, mais les corps de malpighi sont augmentés de volume et ressemblent à des grains de sagou bouilli. Les reins sont pâles et renferment dans leur substance corticale de petites masses de tubercule. Le foie et les autres organes sont sains.

Commentaire. — Le mode de décès, dans le cas que nous venons de voir est très remarquable et peut-être même unique dans son genre. Afin d'étancher la soif ardente qui tourmentait ce malheureux, on lui avait

Fig. 488 Position relative des viscères thoraciques et abdominaux, dans le cas d'Allan Brown. *a*, Cavité thoracique gauche, vide; *b*, poumon gauche; *c*, poumon droit; *d*, cœur; *e*, estomac enormément distendu; *f*, foie; *g*, côlon.

accordé, pour sa journée, deux ou trois bouteilles de limonade gazeuse. Il paraîtrait que le 15 décembre, il se plaignit de plénitude de l'estomac et d'une distension tympanitique de l'abdomen. Cependant, on ne fit guère attention à ces symptômes, peut-être déjà de la nature de ceux qui plus tard produisirent les maux les plus violents. Dans la soirée du 18, il fut tout-à-coup saisi de tous les symptômes de la perforation de l'intestin, et tel fut également mon avis, lorsque je l'examinai le lendemain. Il y avait un énorme ballonnement du ventre, douleur excessive, vomissements, etc. Néanmoins, à l'autopsie, nous trouvons que ces symptômes sont dus à la grande distension de l'estomac et à l'emphysème de ses tuniques; et c'est bien la première fois, si je ne me trompe, que cette dernière lésion a été observée. Elle n'est pas due à la putréfaction et l'on se demande comment elle s'est produite. D'après les renseignements donnés par l'infirmière et par les voisins, il paraîtrait que cet homme avait conservé jusqu'au soir ses bouteilles de limonade gazeuse et avait alors, dans un très court espace de temps, avalé le contenu d'au moins deux d'entre elles. Il est donc probable que le dégagement du gaz aura distendu l'estomac et déterminé la torsion partielle que nous avons constatée au cardia, de sorte que rien n'a pu s'échapper par cet orifice. La distension et la douleur s'ensuivirent et le gaz enfermé ne trouvant sans doute pas assez de facilité à s'échapper, ni par le cardia ni par le pylore, se sera frayé une voie à travers les tuniques de l'organe lui-même.

Quant aux autres particularités de cette observation, on y trouve sous une forme bien caractérisée tous les phénomènes qui révèlent d'abord un empyème du côté gauche et en second lieu un pneumo-thorax. Une dissertation au sujet de ces deux affections thoraciques, de leur diagnostic et de leur traitement m'entraînerait trop loin. Il est cependant un point sur lequel je veux arrêter votre attention, c'est la cause du tintement métallique, et ce que je puis vous en dire simplement, c'est que les théories ingénieuses qui ont été imaginées pour en donner l'explication, me semblent toutes fautives. J'ai pu me convaincre qu'il est impossible d'expliquer *toujours* ce phénomène par le fait de bulles qui viendraient crever à la surface d'un liquide, ou par l'agitation de ce dernier donnant lieu à une sorte de bruit d'éclaboussement au sein d'une cavité renfermant aussi de l'air. Je me souviens notamment, d'avoir un jour entendu le tintement métallique de la manière la plus distincte dans le poumon d'un malade mourant de phthisie. A l'autopsie, je commençai l'examen en pratiquant avec précaution une ouverture entre les côtes au centre de l'espace tympanitique, croyant qu'il allait s'en échapper de l'air; or, les plèvres étaient partout adhérentes. Il n'y avait absolument aucune cavité, mais simplement des nodules tuberculeux disséminés dans la substance du poumon fortement emphysémateux.

Le choix de l'endroit où doit se faire la ponction de la cavité thoracique, dans le cas d'empyème exige la plus scrupuleuse attention. On peut poser

en règle générale, que s'il existe une tumeur proéminente, c'est là qu'il faut enfoncer l'instrument, mais dans le cas contraire, on choisira l'un des espaces intercostaux entre la cinquième et la septième côte, bien entendu en évitant le cœur et le diaphragme. Dans le cas que nous venons de rapporter, où il y avait un bombement des parois thoraciques inférieurement et en arrière, on fit une large incision sur le point le plus proéminent, ce qui permit à l'air de venir remplacer la matière putride contenue dans ce côté du thorax. Ce procédé qui consiste à convertir l'empyème en un pneumo-thorax ne saurait avoir d'inconvénient, paraît-il, aussi longtemps que l'ouverture reste libre et que l'air est ainsi hors d'état de devenir fétide. Dans le cas présent, l'opération était faite dans un but bien plutôt palliatif que curatif, la complication de phthisie rendant la guérison finale fort improbable. Je ne puis douter pourtant, qu'en règle générale, une ponction petite, avec la précaution d'éviter autant que possible l'entrée de l'air, est celle qui fournit le plus de garanties de succès.

De 1850 à la fin de 1861, le Dr Henry Bowditch a pratiqué l'opération de la thoracentèse 150 fois sur 75 individus, et cela au moyen du trocart explorateur et de la pompe aspiratrice, ainsi que cela avait été suggéré en premier lieu par le Dr Wyman. Cet instrument, en même temps qu'il empêche l'air de pénétrer dans la poitrine, en aspire le liquide qui se décharge au moyen d'un robinet et d'un tube à angle droit à la base du trocart. Pratiquée de cette manière, le Dr Bowditch soutient que l'opération est parfaitement inoffensive, qu'elle diminue l'orthopnée quand elle existe, et il cite même un cas où il renouvela huit fois la ponction en six semaines, uniquement dans un but palliatif. Les résultats obtenus parlent si haut en faveur de ce procédé que je les citerai textuellement et en entier (1).

« Parmi mes soixante-quinze malades, vingt-neuf guérirent parfaite-
» ment; et ce résultat, selon toute apparence, doit être attribué en grande
» partie à l'opération. Cette dernière ne fut généralement pratiquée qu'à
» la suite de symptômes graves et en consultation. Chez un petit nombre
» de sujets, l'accumulation du liquide s'était révélée par les signes physi-
» ques seuls, les signes rationnels étant peu prononcés. A raison de la
» chronicité du mal, on s'était décidé à tenter l'opération, et toujours
» celle-ci a paru être le *premier pas* vers la guérison. Chez 26 de mes
» 75 malades, c'est de la *sérosité* qui s'est rencontrée, et sur ce nombre
» 21 guérirent parfaitement. Lorsqu'à la suite de la première opération,
» le liquide devient purulent, on peut tirer un pronostic à peu près
» certainement fatal; pour moi, j'ai rencontré six cas de ce genre : quatre
» moururent et les deux autres furent perdus de vue pendant qu'ils étaient
» en train de dépérir. Du *pus* s'est rencontré lors de la *première* opéra-
» tion dans 24 cas; une fois même, il avait la consistance de miel, pour-
» tant, il n'y eut pas de difficulté à lui faire traverser la canule. Sept de

(1) *American Journal of the Medical Sciences*, janvier, 1863.

» ces malades ont parfaitement guéri, sept autres sont morts; neuf en ont » éprouvé du soulagement une ou plusieurs fois, mais, ou bien leur mal » a traîné péniblement en longueur jusqu'à ce que la plupart soient » devenus phthisiques, ou aient fini par avoir une fistule, ou bien » le résultat est encore douteux. Quand à la première ponction je vois un » *liquide sanguinolent* (et par là, je veux indiquer un liquide non épais, d'un » rouge foncé, sans caillot mais évidemment teint par du sang), je consi- » dère le cas comme désespéré ou à peu près, parce qu'il doit y avoir là » une affection maligne du poumon ou de la plèvre. J'ai rencontré sept » cas de ce genre et six de ces malades moururent; chez le dernier, le » résultat est encore douteux, mais les apparences sont loin d'être favora- » bles. Si ce n'est qu'à la seconde ponction ou plus tard encore que se pré- » sente le liquide sanguinolent, je n'y attache comparativement que *peu* » d'importance par rapport au prognostic. Un *mélange de pus et de sang* » lors de la première opération est généralement fatal; c'est du moins ce » que j'ai observé trois fois. Il est rare de trouver un liquide *fétide gan-* » *gréneux;* je ne l'ai vu qu'une fois et le sujet a succombé; cependant, la » ponction avait eu l'immense avantage de couper court à une orthopnée » horrible qui n'a plus reparu quoique le malade ait encore résisté quel- » ques jours. Il y avait gangrène de la plèvre. Il m'est arrivé d'opérer dans » un *pneumo-hydro-thorax*, et il en est résulté au moins un soulagement » passager sinon un bien-être de quelques jours. Je n'ignore point que l'on » peut adresser bien des objections à ma manière de faire dans des » cas semblables, mais je me bornerai simplement à répondre que comme » l'opération ne saurait faire de mal et par contre peut soulager beaucoup, » je suis prêt à recommencer la première fois que, dans de telles circon- » stances, la dyspnée serait assez forte pour me sembler une indication » impérative. Enfin j'avouerai que sept fois, il m'est arrivé de ne point » obtenir de liquide. Cela s'est présenté surtout lors de mes premières » opérations et la faute en était, je n'en puis douter, dans la crainte et la » lenteur avec lesquelles j'enfonçais mon trocart entre les côtes : j'arri- » vais ainsi à refouler simplement la fausse membrane qui recouvre la » plèvre, en avant de l'instrument qui ne la perçait point, de sorte qu'il y » avait là réellement un obstacle au bout de ma canule. D'autres fois, j'ai » de bonnes raisons de penser qu'il y avait eu erreur de diagnostic et qu'au » lieu d'avoir affaire à un liquide, il y avait simplement un poumon en » collapsus et de fausses membranes recouvrant la plèvre, le tout pro- » duisant autant de matité à la percussion et une absence aussi complète » de bruit respiratoire que s'il avait existé du liquide. D'ailleurs, le » le diagnostic différentiel entre ces deux affections n'était point, autrefois, » tout-à-fait aussi aisé qu'il l'est aujourd'hui. L'inspection généralement » suffit pour les différencier : si les espaces intercostaux sont distincts et » caractérisés par une dépression, l'on a affaire à de fausses membranes, » mais s'ils sont à peine marqués, s'ils sont de niveau avec les côtes ou » même proéminents, c'est qu'il y a du liquide dans la poitrine. Il m'est

» arrivé un jour d'avoir affaire à une immense tumeur occupant uni-
» formément et distendant une cavité pleurale; le mal avait présenté
» dans sa marche tous les phénomènes physiques et naturels d'une pleu-
» résie simple. Je fis dans la même séance la ponction en trois endroits :
» en arrière, sur le côté et en avant; il n'en est résulté aucun accident.

» Sur 25 cas, le mal occupait 14 fois le côté droit et 11 fois le côté
» gauche. Parmi les 14 premiers, j'en trouve seulement un signalé comme
» portant des tubercules; il guérit de sa pleurésie, et les symptômes pul-
» monaires eux-mêmes s'amendèrent. En transformant les proportions pour
» ces 14 malades, j'arrive à 28,57 par cent d'issues funestes, 64,28 guéri-
» sons et 7,14 de résultats douteux. D'autre part, sur les 11 malades affec-
» tés du côté gauche j'obtiens 45,45 morts pour cent, 36,36 guéris et
» 18,18 douteux. En d'autres termes, l'opération pratiquée du côté gauche
» a donné la moitié moins de succès et le double de résultats douteux. Il
» s'ensuit que si je dois m'en rapporter à mon expérience je considérerais
» la ponction à droite comme beaucoup plus favorable qu'à gauche, ce
» qui ne s'expliquerait guère si toutes les pleurésies du côté droit étaient
» tuberculeuses. L'expérience m'indique l'opération dans tous les cas, que
» le mal soit récent ou chronique, pourvu qu'il y ait une dyspnée perma-
» nente ou passagère, mais d'un caractère grave et manifestement occa-
» sionnée par l'épanchement liquide. Il va de soi que je compte bien plus
» sur le résultat lorsque le mal ne date pas encore de trop longtemps, qu'il
» n'existe aucune complication de phthisie ni d'autre affection et qu'au
» surplus, le mal semble tenir directement à la quantité du liquide
» épanché. Je suis encore d'avis qu'il convient d'opérer dans *n'importe*
» *quel cas*, même latent, où la cavité de la plèvre se trouve être remplie de
» liquide, et que celui-ci ne diminue point à la suite d'un traitement
» rationnel suffisamment prolongé. L'endroit qui me paraît le plus favo-
» rable pour y pratiquer la ponction est celui que le Dr Wyman et moi
» avons choisi dès le principe, savoir le point situé entre la neuvième et
» la dixième côte, sur la ligne verticale qui tomberait de l'angle inférieur
» de l'omoplate. Il m'est arrivé également de ponctionner sous l'aisselle ou
» à la région du sein, lorsque les circonstances en fournissaient une indi-
» cation. Pour déterminer l'espace intercostal ou j'opérerai en arrière, je
» choisis d'ordinaire celui qui se trouve situé à environ quatre centimètres
» au-dessus de la ligne horizontale passant par le point le plus inférieur
» où s'entend le murmure respiratoire du côté sain. Jamais je n'attends
» que le liquide ait commencé à produire une *saillie*, car alors je suis
» certain de trouver du pus. Si la *saillie* existe déjà, toutefois en l'absence
» de perforation, je ne fais point ma ponction nécessairement en cet en-
» droit, ainsi que le pratiquaient jadis les chirurgiens, mais je recherche
» le point le plus déclive de la cavité malade. Toutefois, quoique je tienne
» à opérer avant qu'il y ait distension *locale* manifeste, j'hésite, ou même
» je refuse la ponction dans les cas où il y aurait contracture des muscles
» intercostaux, attendu que je suis certain de n'avoir du liquide que lors-

» qu'il existe une certaine distension ou tout au moins un aplatissement de » ces mêmes espaces. »

Comme on le voit, l'auteur de cette citation ne trouve rien à objecter à cette opération.

Durant l'hiver de la session 1862-63, deux malades se sont présentés dans mes salles chez qui le cœur était refoulé jusque dans la cavité du côté droit. C'était le cas de discuter soigneusement toute la question de la thoracentèse. Le résultat obtenu chez ces deux malades est assez curieux pour rapporter brièvement leur observation, en même temps que les réflexions qu'elles m'ont suggérées.

Deux cas de pleurésie chronique avec épanchement liquide dans la cavité thoracique gauche, ayant refoulé le cœur dans la cavité droite. — Guérison du premier malade; pas de changement chez le second.

Obs. CLI (1).

William M'Gregor, âgé de 25 ans, marchand de drèche, fut admis à l'Infirmerie le 22 décembre 1862. Il y a deux mois, il ressentit des élancements douloureux dans la poitrine, néanmoins il avait toujours continué à travailler, mais il y a quinze jours la respiration est devenue si difficile qu'il fut obligé d'abandonner son travail. A l'exception d'une toux légère, il n'accuse aucun autre symptôme, ni douleur ni fièvre. Au moment de son entrée, l'on constate que le côté gauche est plus saillant que le droit, et mesure près de deux centimètres de plus dans son pourtour de l'épine du dos au sternum. De la base au sommet il y a matité complète à la percussion, absence de tout bruit respiratoire, en même temps qu'une résonnance considérable de la voix en arrière, vers l'angle inférieur de l'omoplate. A droite, sonorité à la percussion; respiration puérile, normale d'ailleurs. L'impulsion cardiaque se fait sentir entre la quatrième et la cinquième côte du côté droit, à cinq centimètres en dehors du sternum. L'étendue de la matité est de cinq centimètres transversalement; les bruits sont normaux. Pouls à 58, régulier et de force moyenne. Rien à noter quant aux autres fonctions. On prescrit une *mixture d'éther sulfurique, de chlorodyne et de scille.* Au bout de quelques jours, la toux ainsi que les autres symptômes étant dissipés, on suspend le médicament et l'on en vient au régime des *viandes rôties avec* 120 *grammes de vin par jour.* — 3 *janvier.* La percussion rend un son clair, au-dessous de la clavicule gauche, jusqu'à la quatrième côte. Dans tout cet espace on entend le murmure respiratoire. Peu à peu la sonorité s'étend, si bien que le 14 *janvier* elle a même dépassé le mamelon, pendant que la pointe du cœur est revenue battre immédiatement au côté gauche du sternum. — 26 *janvier.* Le malade insiste pour quitter l'hôpital, prétendant qu'il ne lui manque plus rien. Au reste, ses forces sont revenues ainsi que les apparences de la santé. Le poumon gauche se dilate de jour en jour davantage et le cœur reprend sa place normale.

Obs. CLII (2).

William Dunlop, 20 ans, confiseur, entré le 12 décembre 1862. Il y a dix-neuf mois, étant à bord d'un navire revenant des Indes orientales, il fut pris d'un

(1) Recueillie par M. Michael Beverley, élève du service.
(2) Recueillie par M. T. Clark Wilson, élève du service.

refroidissement grave et de douleur dans le côté gauche de la poitrine. Il respirait péniblement et fut obligé de garder le lit quinze jours. Six mois plus tard, en arrivant à Greenock, il entra à l'Infirmerie et on lui fit, entre autres traitements, une ponction de la poitrine d'où l'on retira près de deux litres de liquide. A la suite de cette évacuation il y eut un soulagement momentané, mais la dyspnée ne tarda point à reparaître et elle n'a plus cessé jusqu'au moment de son admission ici. Le malade se plaint en outre de palpitations continuelles. La pointe du cœur bat du côté droit entre la cinquième et la sixième côte, à quatre centimètres en dedans du mamelon. Dans tout le côté gauche il y a matité complète à la percussion; à droite la sonorité est normale. En même temps, il y a absence de bruit respiratoire et de résonnance de la voix à gauche, excepté vers la racine du poumon en arrière où l'on perçoit une forte bronchophonie. A droite, la respiration est exagérée mais sans offrir rien d'anormal. Au moindre exercice la respiration devient pénible; il y a un peu de toux. Le pourtour de la poitrine à gauche mesure un bon demi centimètre de plus qu'à droite. Les autres organes n'offrent rien d'anormal. Prescr. : *Viandes rôties; 60 grammes de vin par jour. Prendre trois fois par jour 2 grammes de bitartrate de potasse.* On continue ce traitement jusqu'au 27 décembre; de la diarrhée étant survenue alors, on suspend le bitartrate de potasse. Le malade se sentant un peu mieux ne tarda point à réclamer sa sortie et nous quitta le 7 janvier. Ajoutons, toutefois, que les signes physiques, la dyspnée et les palpitations au moindre exercice n'ont aucunement diminué.

Commentaire. — Il est rare de rencontrer en même temps deux cas semblables dans une salle de clinique. Ni l'un ni l'autre de ces malades ne présentait de symptômes assez urgents pour réclamer la thoracentèse. Lorsque s'agita la question du traitement à instituer, l'assistance me pressa vivement d'essayer les effets des diurétiques qui à cette époque étaient en voie de bonne fortune dans certaines autres salles de l'hôpital. J'accédai à la proposition, et, comme les deux cas semblaient avoir beaucoup d'analogie, il fut convenu d'en traiter un par le régime seul, et l'autre à la fois par le régime et au moyen de doses de deux grammes de bitartrate de potasse. Or il arriva que le malade chez lequel le régime seul fut employé guérit, le liquide se résorba et le cœur reprit sa place du côté gauche, tandis que celui chez lequel on fit usage des diurétiques, n'obtint aucune amélioration. Sans doute ce résultat est parfaitement accidentel, mais il y a un enseignement à en tirer. Supposons que les effets eussent été intervertis dans nos deux cas, il nous eût été bien difficile d'échapper à cette conclusion que c'était aux diurétiques que revenait l'honneur de cette cure signalée. Allons plus loin, si la thoracentèse eût été faite dans le premier cas, nous y aurions vu la cause de la guérison. Voilà, entre mille autres, une des difficultés qui empêchent de tirer des conclusions justes en thérapeutique, et ce qui vous démontre combien il est indispensable de ne baser de telles conclusions que sur un ensemble des faits à la fois nombreux et bien observés.

Nous pourrions citer encore plusieurs autres cas de pleurésie chronique d'un grand intérêt qui se sont rencontrés dans nos salles. Je rappellerai seulement l'observation de Garvie (1), dont se souviendront avec intérêt

(1) Recueillie par M. B. B. Thurgar, élève du service.

Digitized by Google

les élèves qui suivaient ma clinique durant l'été de 1862. Chez ce malade, à la suite d'un accès de toux, l'on entendit une résonnance ou une sorte d'écho métallique remarquable, comme si l'on eût frappé une timballe. Je mentionnerai encore l'observation de James Robertson (1), entré en mai 1864 et chez qui nous avons pu diagnostiquer, à droite, une cavité circonscrite tantôt remplie de pus et tantôt ne contenant que de l'air : l'autopsie vint confirmer tout ce que nous avions avancé en nous basant sur les signes physiques.

PNEUMONIE.

Obs. CLIII (2). — *Pneumonie à droite, avec pleurésie légère. — Guérison.*

Commémoratif. — Roderic M'Farlane, âgé de 20 ans, jardinier, d'une santé robuste, est entré à l'Infirmerie le 17 décembre 1856. Le 12 courant, il s'était senti indisposé et avait éprouvé du froid dans le dos. Le 13, il avait une douleur dans la région infra-axillaire droite, augmentant lors des inspirations profondes; en même temps la peau était chaude, il y avait de la céphalalgie, de la soif, de l'anorexie, symptômes qui ont continué. Le 14, il s'y est ajouté de la toux avec un peu d'expectoration. Il prit alors une dose d'huile de ricin et quelques pilules.

Symptômes a l'entrée. — L'expansion de la poitrine est égale des deux côtés. Le malade respire vingt fois en une minute, sans difficulté. Il peut rester couché indifféremment sur les deux côtés, mais il repose mieux sur le dos. Quand on le fait respirer profondément, il accuse une douleur à droite dans la région infra-axillaire. Toux légère; un peu d'expectoration aérée et de nature muqueuse. La percussion rend un son de pot fêlé du côté droit depuis la clavicule jusqu'à la cinquième côte. Plus bas, il y a de la matité. En arrière, depuis l'épine de l'omoplate jusqu'à la base, il existe également une matité prononcée. Partout ailleurs le son est naturel. A l'auscultation, on trouve la respiration puérile en avant et à gauche. Du côté droit, à la partie supérieure du poumon et en avant, la respiration est rude mais ne s'accompagne d'aucun râle; au-dessous de la cinquième côte, tout murmure disparaît complétement. A la face postérieure sur les deux tiers inférieurs, l'on entend un bruit de friction double et une fine crépitation vers la fin de l'inspiration. A gauche, il se produit de temps en temps quelques sibilements, ainsi qu'un peu de râles humides vers la fin de l'inspiration au tiers inférieur. La résonnance de la voix est fortement accrue et criarde à la face antérieure du côté droit, mais elle est surtout remarquable et présente le caractère de l'égophonie à la face postérieure dans toute l'étendue de la matité. Le pouls est à 104, plein et nullement dépressible. Peau chaude et sèche; langue brune, sèche et fendillée au centre, mais à bords humides et nets; pas d'appétit; soif vive; selles toujours régulières, grâce à l'emploi de laxatifs; urines naturelles; rien d'anormal dans les autres fonctions. Prescr. : *Solution de tartrate d'antimoine, 15 grammes. Solution d'acétate d'ammoniaque, 30 grammes. Eau com., 200 grammes. M. A prendre en six fois de quatre en quatre heures.*

Marche de la maladie. — 18 *décembre.* Bruit de friction douce à la région inframammaire droite. Crépitation distincte à la partie inférieure de la poitrine à droite et en arrière. Pouls à 120, dépressible, crachats peu abondants formés par des masses gélatineuses de couleur orangée. Pour le reste, pas de changement. — 20 *décembre.* Gros râles crépitants en arrière et à droite; fièvre moins forte;

(1) Recueillie par M. G. F. Fulcher, élève du service.
(2) Recueillie par Dr J. Glen.

langue nette et humide ; pouls à 72, assez fort ; chaleur naturelle à la peau. *Cesser la mixture.* — 22 *décembre.* La crépitation ainsi que le frottement ont disparu en arrière et à droite ; dépôt abondant d'urates dans les urines. Preser. : *Esprit d'éther nitrique*, 12 *grammes. Vin de semences de Colchique*, 4 *grammes. Eau*, 180 *grammes. En prendre deux cuillerées toutes les quatre heures.* — 24 *décembre.* Grande diminution de la matité en arrière, ainsi que du bruit de pot fêlé en avant du côté droit. Sueurs profuses depuis trois jours. Urines redevenues normales. *Cesser la potion. Viandes rôties.* — 26 *décembre.* Il n'existe plus aucune matité ; la respiration est redevenue naturelle et le malade est entièrement guéri ; mais attendu que la saison est rigoureuse et que si on le renvoie il sera forcé de travailler en plein air, on le congédie seulement le 2 janvier.

Commentaire. — Ce jeune homme s'est senti mal, la première fois, le 12 décembre, et nous est arrivé le 17. Déjà le poumon droit était hépatisé dans ses deux tiers inférieurs ; en même temps il y avait un peu de pleurésie, état fébrile bien marqué, pouls large et résistant. Le 22, l'exsudat était déjà complètement ramolli et en voie de s'éliminer de l'économie, surtout par l'intermédiaire des urines et aussi en partie par la peau. Le 26, il n'y avait plus trace de la maladie. Le traitement a consisté : d'abord dans le repos et dans l'emploi des sels neutres ; plus tard nous avons eu recours aux diurétiques, dans le but de favoriser l'excrétion par les urines des produits pathologiques transformés ; enfin, nous en sommes arrivés aux viandes rôties. Depuis les premières manifestations du mal jusqu'à sa complète disparition, il s'est écoulé quatorze jours, et huit seulement jusqu'au moment de la cessation de la fièvre et du commencement de la résolution. Les phénomènes fébriles étaient ici remarquablement bien prononcés ; le pouls était large, non dépressible et même dur, la peau chaude et sèche, la langue également sèche et chargée ; il y avait anorexie, soif vive, etc. En un mot, ce jeune et vigoureux garçon présentait tous les symptômes pour lesquels on nous a généralement appris à saigner, sous peine de risquer presque à coup sûr de voir survenir une suppuration fatale. Vous savez à quoi vous en tenir à présent sur ce pronostic sinistre, et je vous laisse à juger.

Obs. CLIV (1). — *Pneumonie double avec symptômes graves, pouls fort et plein. — Pleurésie gauche. — Guérison en neuf jours.*

Commémoratif. — John M'Farlane, 30 ans, ouvrier au chemin de fer, entré le 12 novembre 1858. Depuis dix ans, il est sujet, tous les hivers, à une toux légère, avec expectoration teinte parfois d'un peu de sang ; à part cela, sa santé est toujours bonne. Le 9 novembre, étant occupé par un vent très froid à travailler à un remblai, il fut tout à coup saisi d'une violente douleur dans les jambes. Il resta néanmoins à son ouvrage jusqu'au soir ; mais alors, il commença à ressentir une douleur pongitive dans le côté gauche, et en même temps de la difficulté à respirer et des symptômes fébriles généraux. Il se mit au lit, mais le lendemain, ne se sentant pas mieux, il fit quérir un médecin, qui lui ordonna d'appliquer un vésicatoire au côté et prescrivit une poudre et une potion qui lui procurèrent beau-

(1) Recueillie par M. Arthur Garrington, élève du service.

coup de malaise. A la suite du vésicatoire, la douleur diminua un peu, et le 11, il se trouvait beaucoup mieux. Cependant, le lendemain, le point de côté s'aggrava de nouveau; la difficulté à respirer et à expectorer devint telle qu'on dut le transporter à l'infirmerie.

Symptômes a l'entrée. — La face est très rouge, la peau chaude et sèche, la langue humide et chargée d'un enduit blanc; soif vive; pouls à 95, plein et régulier, urines d'un jaune orange, abandonnant un sédiment copieux d'urates, mais offrant à peine des chlorures et de légères traces d'albumine. La respiration est accélérée et laborieuse; expectoration très visqueuse, panachée d'une multitude de petites taches de couleur de rouille; toux fréquente et douloureuse. A la partie antérieure du côté gauche, la percussion est normale, mais on y entend partout de la crépitation, sauf sur un espace de six centimètres au-dessous de la clavicule, où le murmure respiratoire est seulement très rude. En arrière, toujours de ce même côté, on constate une matité prononcée, à partir de l'épine de l'omoplate jusqu'à la base du poumon, en même temps on note une forte crépitation et une résonnance bruyante de la voix, principalement vers la partie moyenne. Du côté droit, à la face antérieure, on trouve comparativement avec l'autre côté, une légère matité s'étendant depuis la clavicule jusqu'à cinq centimètres au-dessous. En arrière, il existe un peu de matité au sommet, où l'expiration est prolongée et le murmure de l'inspiration rude. Prescr. : *Poudre de Dover 0,65 centigrammes, à prendre de suite.* — Pr. : *Solution d'antimoine, 30 grammes. Acétate de potasse, 15 grammes. Eau, 200 grammes. M. En donner deux cuillerées toutes les quatre heures.*

Marche de la maladie. — 13 *novembre.* Le malade n'a point dormi la nuit; toux continuelle; dyspnée pressante; face livide; pouls à 112, fort et plein; expectoration abondante de crachats rouillés et gélatineux. Outre les signes physiques mentionnés plus haut, on découvre une légère crépitation dans toute l'étendue du côté droit en arrière; elle est surtout marquée au sommet, mais ne s'accompagne point d'une forte résonnance de la voix. Du côté gauche sous le mamelon, il existe un bruit de friction accompagnant les deux temps de la respiration, mais surtout marqué à l'expiration. En arrière, il y a matité prononcée, forte crépitation et bronchophonie, dans toute l'étendue des deux tiers inférieurs du poumon droit. Prescr. : *Ventouses scarifiées sur la région douloureuse du côté gauche, avec soustraction de 150 grammes de sang. Même potion que précédemment, mais avec addition de 8 grammes d'esprit d'éther nitrique. En donner une cuillerée toutes les quatre heures. Beeftea concentré et lait.* — 14 *novembre.* Le malade dit qu'il a éprouvé du soulagement pendant trois ou quatre heures à la suite de l'application des ventouses, puis, le mal est revenu aussi fort qu'auparavant. Il reste encore beaucoup de dyspnée et de la lividité de la face. Le malade expectore, dans les 24 heures, environ 560 grammes d'une matière purulente, gélatineuse, aérée et teinte de sang ou avec une nuance de rouille. Pouls à 98, mou et irrégulier. Prescr. : *Donner une cuillerée de vin toutes les heures. Cesser la potion.* — 15 *novembre.* Dyspnée et douleur du côté beaucoup moindres. Crachats moins rouillés; pouls à 100, fort et régulier. Gros râles crépitants (presque des râles muqueux), sur toute la face antérieure du côté gauche. A droite et en avant, respiration rude et sèche. Il persiste encore une certaine matité en arrière du côté gauche, ainsi que dans le tiers supérieur correspondant du côté droit; respiration tubaire dans le quart supérieur de ce même côté, rude inférieurement. Encore de la crépitation en arrière et à gauche, mais plus faible qu'auparavant; la résonnance vocale est toujours la même. Urines parfaitement claires et sans dépôt; depuis le 13, les chlorures vont en augmentant mais sans atteindre encore la proportion normale. Encore de la soif ainsi que de la fièvre. Prescr. : *Esprit d'éther nitrique, 12 grammes. M. Une cuillerée toutes les quatre heures. Continuer le lait, le vin, etc., et en*

plus 190 *grammes de beefsteak.* — 18 *novembre.* Le malade dit qu'il se sent beaucoup mieux. Il n'y a plus nulle part de crépitation mais seulement un peu trop de résonnance de la voix du côté gauche. Urines fortement chargées d'urates; convalescence. 250 *grammes de beef-steak et seulement* 126 *grammes de vin par jour.* — 24 *novembre.* Les forces reviennent peu à peu. Hier, le malade s'est levé quelques instants, s'est promené dans la salle mais en même temps s'est exposé aux courants d'air. Comme conséquence, il est pris maintenant d'une attaque de rhumatisme qui le force de nouveau à garder le lit. On lui prescrit 4 grammes de bicarbonate de potasse, en trois prises dans la journée. Peu à peu le mieux s'établit, et le malade est complétement délivré des douleurs musculaires le 4 décembre; le 7 il sort de son lit et, à part un peu de faiblesse, il se trouve tout à fait bien. Le 11, on ajoute encore à sa portion 60 grammes de beef-steak; le 13 il quitte l'Infirmerie en parfait état.

Commentaire. — Voici bien un cas de pneumonie qui eût été qualifié de typique par nos dévanciers. Il se présente chez un homme affecté d'emphysème et qui, tous les hivers, était sujet à des attaques de bronchite et à des crachements de sang. Nous y retrouvons tous les symptômes propres à l'affection, à savoir : le point de côté, une forte dyspnée, la lividité de la face, un pouls fort et plein et beaucoup de crachats rouillés. Les signes physiques, d'autre part, décèlent une hépatisation des deux tiers inférieurs du poumon gauche et de la moitié supérieure du poumon droit. Bien que ceci se passe en 1858, nous y rencontrons, néanmoins, deux symptômes sur lesquels, naguères, on a beaucoup discuté : — l'on n'observe plus, aujourd'hui, a-t-on dit, des cas de cette nature, et s'il s'en rencontrait, c'est encore sur les saignées qu'il faudrait fonder le traitement. — Sous ce rapport, cette observation ressemble à celle de Roderick M'Farlane, Obs. CLIII; et sous le rapport de la gravité à celle de Peter Robertson, Obs. CLV. A cause de la dyspnée et de l'engorgement manifeste des cavités droites du cœur, nous avons fait appliquer des ventouses et même extraire 150 grammes de sang. A la suite de cela, nous avons vu les symptômes diminuer, mais pour reparaître au bout de quelques heures avec leur intensité première. Tel est le résultat qui suivait généralement les larges saignées, et c'est ce qui a contribué à induire en erreur les praticiens sur leur utilité. Cependant, je ne doute nullement qu'une large saignée, dans le cas présent, si elle n'eût point entraîné de conséquence funeste, aurait prolongé notablement la convalescence qui, grâce à un mode de traitement opposé, s'est déclarée le neuvième jour. Cette observation renferme encore un autre enseignement : c'est qu'il faut éviter soigneusement l'exposition au froid durant la convalescence, car dans l'état de débilité où il se trouve alors, le sujet court grand risque d'une rechute ou même d'être pris de quelque autre forme d'affection fébrile. Or, n'est-ce point là encore l'indice d'un état de faiblesse plutôt que d'un excès de forces.

Obs. CLV (1). — *Pneumonie double. — Forte dyspnée. — Aucune émission sanguine. — Chaleur appliquée localement, stimulants. — Guérison rapide.*

Commémoratif. — Peter Robertson, 51 ans, d'une constitution assez robuste, peintre en bâtiments, entré le 11 mai 1857. Mardi dernier, 5 courant, étant occupé à laver la façade d'une maison, il fut tout mouillé par l'eau dont il s'éclaboussa. Dans la soirée, il eut des frissons qui durèrent plus ou moins toute la nuit. Le lendemain matin, il avait une petite toux accompagnée de crachats jaunes et épais. Ces symptômes continuèrent les deux jours suivants; en même temps il se développa un point douloureux en avant, du côté gauche de la poitrine. Cependant, malgré la faiblesse qu'il ressentait, il continua son travail. Le 9, il fut obligé de se mettre au lit et remarqua des crachats teints de sang. Hier, il a éprouvé de nouveau des frissons et des crampes dans les bras et dans les coudes.

Symptômes a l'entrée. — A la percussion, on trouve une matité prononcée dans toute l'étendue des deux tiers inférieurs du poumon gauche en arrière. A cette même région correspondent également de la respiration tubaire et de gros râles muqueux à l'inspiration. Inférieurement il y a de l'égophonie, et de la bronchophonie dans le tiers moyen. Rien d'anormal en avant ni du côté droit. Expectoration abondante et visqueuse mêlée d'une certaine quantité de sang noir. Moiteur de la peau. Rien d'anormal dans les autres fonctions. Prescr. : *Acétate d'ammoniaque liquide, 30 grammes. Esprit d'éther nitrique, 15 grammes. Vin antimonial, 45 grammes. Eau, 100 grammes. M. Une cuillerée toutes les 3 heures.*

Marche de la maladie. — 12 *mai.* Matité à la percussion au tiers inférieur et postérieur du côté droit; la matité n'a pas changé dans le côté gauche; respiration tubaire et résonnance vocale exagérée. Pas de changement dans les autres signes physiques. Respiration à 40, laborieuse et haletante. Crachats gélatineux et rouillés. Pouls à 120, faible. Face livide, empreinte d'une profonde anxiété. Urines fortement colorées, rares et pauvres en chlorures. *Fomentations chaudes sur le côté gauche. 125 grammes de vin.* — 13 *mai.* Mieux très marqué. Respiration facile. Plus de lividité ni d'anxiété dans les traits. Toux moins forte. Pouls à 80, mou, quoique suffisamment fort. *Cesser la potion.* — 14 *mai.* Diminution de la matité et de la crépitation du côté gauche; à droite crépitation très sensible. Les urines contiennent des traces de chlorures et beaucoup d'urates. Pouls à 74, régulier. Retour de l'appétit. Langue nette. — 16 *mai.* Convalescence établie. Urines naturelles. Sonorité à la percussion des deux côtés, en arrière. Le murmure de l'inspiration s'entend bien et il n'existe pas de râles humides. La toux a cessé d'être pénible. Il y a encore des crachats gélatineux mais aucune trace de sang. Le malade s'est levé et n'est pas trop affaibli. *Régime des viandes rôties.* — 17 *mai.* Le sujet est resté levé toute la journée et se dit parfaitement guéri. — 20 *mai.* Sortie.

Commentaire. — Voici bien un cas grave de pneumonie double, accompagnée de forte dyspnée avec menace de suffocation. Au septième jour, trouvant notre malade dans un état de faiblesse profonde, nous lui avons largement accordé du vin. Le lendemain il était déjà mieux; cinq jours plus tard, il était en pleine convalescence et au bout de neuf jours il est retourné à son travail parfaitement guéri. Je n'ai jamais vu un cas où les symptômes fussent plus pressants que chez cet homme le lendemain de

(1) Recueillie par M. W. H. Davies, élève du service.

son admission, ni où la lividité et l'anxiété de la face, l'intensité de la dyspnée, l'état des crachats mêlés de sang et la faiblesse du pouls, fissent présager d'une manière plus effrayante une fin prochaine. Une question se pose ici d'elle-même : que serait-il advenu si l'on eût saigné ce malade? Eût-il été soulagé? Je suis très porté à l'admettre. Cependant, je n'en pensai pas moins que semblable pratique serait pernicieuse. Toujours est-il qu'en suivant un mode de traitement tout-à-fait opposé, en employant des fomentations chaudes et en donnant du vin, les symptômes ont rapidement cédé; le lendemain, nous trouvions cet homme respirant avec aisance, et, à partir de ce moment, bien que les deux poumons fussent affectés, il s'est rétabli promptement. Dans un cas analogue, publié récemment par le Dr Markham, une saignée de 500 grammes a produit aussi un résultat marqué et immédiat. Aussi ne manque-t-on point de s'en faire un argument en faveur des saignées. Or tout dépend, dans un cas semblable, du caractère du pouls et du degré d'affaiblissement; deux points que le Dr Markham néglige de mentionner. Il est à noter, néanmoins, que le malade dont l'histoire vient d'être rapportée, malgré sa double pneumonie et l'imminence de l'asphyxie, est entré en convalescence cinq jours après son arrivée ici, et s'est trouvé en état de quitter l'hôpital au neuvième jour, tandis que celui du Dr Markham, en dépit du soulagement que lui a procuré la saignée, a eu une longue convalescence et de plus des complications de péricardite et d'abcès pleurétique (1).

Obs. CLVI (2). — *Pneumonie du côté droit. — Saignées au début. — Guérison lente.*

Commémoratif. — James M'Quair, tailleur âgé de 29 ans, entré le 4 juin 1855, a contracté, depuis cinq ans, des habitudes d'intempérance. Le 28 mai, après avoir bien bu et s'être fatigué, il passa la nuit à la belle étoile. Le matin, il ressentit un frisson, un sentiment de lourdeur dans tout le corps et une douleur sourde au côté droit de la poitrine. Afin d'étancher sa soif, il but plusieurs verres de wisky avec de l'eau. Il garda le lit jusqu'au 30, ayant de temps en temps des vomissements et même sortant de sa maison pour aller à la garde-robe. Cependant, il avait de la fièvre, de la faiblesse et du malaise, et on lui tira une assiettée de sang (environ 750 grammes). Le lendemain une nouvelle saignée équivalente fut encore pratiquée. Mais la douleur du côté, la toux et l'expectoration sanguinolente ne diminuant point, il se décida à venir à l'infirmerie.

Symptômes a l'entrée. — Le malade a la face injectée et de l'anxiété dans les traits; il se plaint d'une grande faiblesse. La respiration est accélérée et se fait 42 fois par minute; la partie inférieure du poumon droit se dilate à peine. La toux est brève, fréquente, et comme étouffée. L'expectoration plus abondante se compose d'un mucus gélatineux teint d'un peu de sang. La percussion décèle une matité assez prononcée dans toute la moitié inférieure du poumon droit. Mais dans la moitié supérieure en avant et particulièrement au sommet, le son, tout en conservant une sorte de matité, se transforme en une note tympanitique comme si l'on percutait un intestin. A l'auscultation, on entend des râles crépitants dans tout le

(1) *British Med. Journ.* 4 février 1865.
(2) Recueillie par M. Robert Byers, élève du service.

poumon droit, en avant comme en arrière, et la résonnance de la voix est beaucoup augmentée à l'endroit de la matité. Le poumon gauche est normal; le pouls est à 100, dur et nullement dépressible. Rien d'anormal au cœur. Langue sèche et recouverte d'un enduit brunâtre foncé; dents fuligineuses; appétit nul; soif vive; les vomissements qui s'étaient montrés au début ont cessé. Rien à noter du côté du ventre; selles régulières. Peau sèche et chaude. Urines fortement colorées et peu abondantes, toutefois, elles sont claires et n'offrent pas de sédiment; pas de trace de chlorures; pas d'albumine. Système nerveux normal. Prescr : *Tartre stibié*, 0,20 *Centigram. Eau*, 180 *gram. En donner* 30 *grammes toutes les trois heures.*

Marche de la maladie. — 5 *juin*. Le malade se sent mieux; pouls à 90, plein et dépressible; le soir il est descendu à 80 et devenu mou. — 6 *juin*. Pouls à 78, mou; respiration faible. A la percussion, matité dans la moitié inférieure du poumon droit, sonorité dans l'autre moitié et bruit de pot fêlé bien distinct. Râles crépitants fins dans toute l'étendue du côté droit. — 8 *juin*. Tout le côté droit du poumon est redevenu sonore dans sa partie antérieure; le reste demeure dans le même état Les urines présentent des traces de chlorures. — 9 *juin*. Les chlorures existent en abondance dans les urines. — 10 *juin*. La percussion rend un son clair dans toute l'étendue de la face antérieure de la poitrine; toutefois, le bruit de pot fêlé se fait entendre sous la clavicule droite. La crépitation est beaucoup moindre à la partie inférieure, mais elle persiste toujours au sommet, ainsi que l'augmentation de la résonnance de la voix; en arrière et du côté droit la percussion produit un son mat à la partie inférieure, où l'oreille perçoit une forte crépitation et une résonnance égophonique de la voix. Malgré sa faiblesse, le malade se sent beaucoup mieux. La respiration est libre, le pouls à 72, mou et régulier. Transpiration abondante. Les urines en se refroidissant abandonnent un abondant dépôt d'urates. Prescr : *Tartre stibié*, 0,13 *centigrammes. Teinture de camphre composée*, 8 *grammes. Décoction de serpentaire de Virginie*, 360 *grammes. M. En prendre* 30 *grammes toutes les trois heures.* — 14 *juin*. Les signes physiques constatés dans le poumon droit sont beaucoup diminués, à l'exception du bruit de pot fêlé. Depuis trois jours, le malade est soumis à un bon régime et prend 120 grammes de vin par jour. A partir de ce moment, son état va s'améliorant chaque jour : la crépitation et la matité de la partie postérieure disparaissent graduellement mais le bruit de pot fêlé persiste avec toute son intensité jusqu'au 29 juin. C'est seulement le 5 juillet que l'on croit le malade suffisamment fort pour être congédié.

Commentaire. — Chez ce malade, le poumon droit presque tout entier fut atteint de pneumonie. Or, nous avons pu nous convaincre de l'entière inefficacité des saignées, bien qu'abondantes et répétées, faites dès le second et le troisième jour de la maladie. Il ne sera pas hors de propos de vous faire observer que ces saignées ont été pratiquées dans toutes les règles classiques : c'est-à-dire, non seulement au début, mais avec un pouls accéléré, dur et résistant, le tout accompagné du cortège des symptômes caractéristiques de l'affection. A coup sûr, si la saignée était capable de juguler une pneumonie ou seulement d'en abréger la durée, c'était bien le cas de le prouver ici. Néanmoins, loin de s'être montrées utiles, ces déplétions me paraissent avoir eu pour résultat de prolonger la durée du mal, d'entraver la résolution et de retarder la guérison. En effet, bien qu'une diaphorèse critique et un abondant dépôt d'urates se soit produit dans les urines le quatorzième jour, il n'en resta pas moins une faiblesse des plus marquée.

Lorsque le sujet est entré dans l'établissement, le huitième jour de sa maladie, l'on a constaté l'absence des chlorures dans les urines. Chaque jour, ces mêmes sels furent recherchés avec soin ; ils reparurent en petite quantité le douzième jour et en abondance au treizième. Si, comme nous le verrons plus tard, il est probable que leur réapparition est l'indice de la cessation de toute nouvelle exsudation, il est d'autant plus remarquable que le lendemain, commença à se faire par la peau et par les reins une excrétion des produits morbides. L'intervalle qui sépare le retour des chlorures dans les urines et la période critique, varie beaucoup suivant les cas. Mais une appréciation soigneuse de ces faits ne manquera point de fournir, me parait-il, des indications précieuses sur la vitalité de l'exsudat. Ainsi, que l'on parvienne à établir définitivement que le retour des chlorures soit le signe de l'arrêt de l'exsudation, nous posséderons enfin l'indice si longtemps cherché de l'instant où la lésion pathologique s'arrête et où les modifications réparatrices commencent dans l'économie.

Il est un autre fait qui a excité vivement notre attention chez ce malade, c'est le bruit de pot fêlé si bien caractérisé sous la clavicule droite. Les signes physiques démontraient suffisamment que la condensation pneumonique commençait bien à la base du poumon en s'étendant vers la partie supérieure. Là, en avant comme en arrière, une quantité d'air considérable se trouvait retenue dans les vésicules aériennes, à tel point que nous n'y avons jamais reconnu de matité à la percussion ; cependant il y avait de la crépitation et de l'accroissement de la résonnance de la voix. L'existence de cette portion condensée de poumon, entourée d'une enveloppe aérienne, ou bien la présence d'une cavité remplie d'air au sein d'un tissu condensé, semblent constituer les conditions sous lesquelles on remarque ce singulier bruit, obtenu en percutant pendant que le malade tient la bouche ouverte. Aussi le phénomène du *bruit de pot fêlé* est-il commun à la pneumonie et à diverses autres affections qui présentent des conditions physiques analogues.

Obs. CLVII. — *Pneumonie double. — Traitement par les mercuriaux, avec salivation abondante avant l'entrée du malade. — Convalescence lente.*

Commémoratif. — Robert Jude, 36 ans, maçon, entré le 10 décembre 1855. Le 1er de ce mois, étant occupé à maçonner autour d'une chaudière, par un vent très froid, il ressentit tout à coup une douleur profonde dans le corps (à mi-chemin entre le cartilage xyphoïde et l'ombilic). Cette douleur s'aggrava rapidement, et occasionna des nausées qui ne furent pourtant point suivies de vomissement. Immédiatement, il retourna chez lui, prit un peu de gruau et se mit au lit. Le 4, un médecin lui donna des pilules dont il prit une toutes les trois heures. Le 6, toutes les dents étaient branlantes, les gencives étaient douloureuses, et la langue avait plus que doublé de volume, de sorte qu'il était impossible au malade de se débarrasser en crachant de l'excessive abondance de salive sécrétée, laquelle, par con-

séquent, s'échappait de sa bouche en bavant. En même temps il éprouvait des douleurs dans les lombes.

Symptômes a l'entrée. — La salivation a beaucoup diminué d'intensité, mais il reste encore de la sensibilité, de la rougeur aux gencives, et une sécrétion abondante dans la bouche. L'haleine est fétide, la langue est converte d'une enduit blanc sale, épais. A la suite des pilules, le malade eut de six à sept selles dans la journée; aujourd'hui la fonction intestinale est revenue à son état normal. On l'avait mis au régime des farineux. A la percussion on trouve de la sonorité dans toute l'étendue de la face antérieure de la poitrine, mais, en arrière, il y a de la matité des deux côtés, principalement à gauche. L'auscultation ne révèle rien d'anormal à la partie antérieure; en arrière, le murmure respiratoire est rude et vibrant et s'accompagne de quelques râles sibilants. A la base du poumon droit, l'on entend de la crépitation pendant l'inspiration, et un bruit de souffle tubaire à gauche. A la partie supérieure de la poitrine et en avant, la résonnance de la voix n'a pas changé, mais elle est augmentée partout en arrière, au point même de se transformer en bronchophonie du côté gauche. Pouls à 96, faible; bruits du cœur normaux, peau chaude, modérément sèche; il y a eu précédemment une transpiration profuse; douleur sourde dans les régions lombaires; urines opaques par suite de la présence d'un nuage rougeâtre, non coagulables, se clarifiant quand on les chauffe; pesanteur spécifique 1024, diminution en quantité des chlorures. Prescr. : *Esprit d'éther nitrique*, 12 *grammes. Acétate de potasse*, 8 *grammes. Eau*, 150 *grammes. M. En prendre une cuillerée toutes les quatre heures.* — Pr. : *Liqueur de chlorure de soude*, 30 *grammes. Esprit de vin gallique*, 15 *grammes. Infusion de roses composée*, 140 *grammes. Pour faire un gargarisme.*

Marche de la maladie. — 11 *décembre.* Crépitation plus diffuse sur toute la face postérieure du poumon droit. A gauche respiration toujours rude et sèche; absence de chlorures dans les urines. — 12 *décembre.* On perçoit de la crépitation à gauche; les urines contiennent plus d'urates; la salivation est encore abondante quoiqu'elle ait beaucoup diminué. Pouls à 80, faible. *Donner* 90 *grammes de vin par jour.* — 13 *décembre.* Les chlorures commencent à reparaître dans les urines. — 14 *décembre.* Chlorures en abondance. La crépitation diminue en arrière, l'expectoration est toujours abondante, spumeuse et comme gélatineuse. L'haleine conserve sa même fétidité hydrargyrique. — 15 *décembre.* La nuit dernière, il est survenu une transpiration abondante à la suite de laquelle la respiration est devenue beaucoup plus libre. Il reste encore quelques râles crépitants en arrière, et un peu de résonnance vocale, mais ces phénomènes sont plus marqués à gauche qu'à droite. Urates en abondance. Amélioration progressive. Le 21 il ne reste plus aucun râle humide; seulement le murmure respiratoire est rude en arrière et la résonnance de la voix est toujours exagérée. — 26 *décembre.* Il persiste encore un goût cuivrique dans la bouche. Hier, pour la première fois, le malade s'est plaint de faim; on lui a donné un œuf à déjeûner et de la viande rôtie à dîner. A partir de ce moment il a marché rapidement vers la guérison et fut renvoyé le 2 janvier 1856.

Commentaire. — L'occasion était favorable, dans un cas de pneumonie bien franche comme celui-ci, avec disparition des chlorures dans les urines, d'étudier les effets de la salivation hydrargyrique sur la marche de la maladie. Si l'on compare ce cas avec nombre d'autres du même genre relatés précédemment, on verra que la durée de l'affection n'a été aucunement abrégée par l'administration du calomel. La résolution a commencé le quatorziéme jour mais n'a été compléte que le vingt-uniéme. D'ailleurs, les effets peu agréables du mercure, le gonflement considérable de la

langue, l'état douloureux des gencives et l'abondance de la salivation sont autant de symptômes fâcheux ajoutés inutilement à l'affection originelle, et de plus une entrave à la convalescence. Aussi, quoique les signes physiques principaux eussent disparu au vingt-unième jour, notre malade fut hors d'état de manger avant le vingt-sixième, par suite de la persistance du goût cuivreux dans la bouche. Cependant, aussitôt que la nutrition put reprendre, le rétablissement fut rapide. Aucun fait ne saurait démontrer plus péremptoirement l'inutilité absolue d'un agent dont les effets sont d'ailleurs parfois si nuisibles.

Obs. CLVIII (1). — *Pneumonie débutant par des vomissements violents et de la douleur à l'estomac. — Guérison en cinq jours.*

Commémoratif. — Edward Nugent, 28 ans, garçon d'hôtel entré le 8 novembre 1858, a toujours joui d'une bonne santé; mais il y a environ trois semaines, il se rendit de Glasgow à Liverpool par eau, et eut beaucoup à souffrir du mal de mer. Trois jours plus tard, il fit le voyage de retour, fut de nouveau très malade et, durant plusieurs jours, conserva une sensibilité douloureuse à la région épigastrique. Cependant, il s'était complètement remis lorsque lundi dernier, étant occupé à laver de la vaisselle environ dix minutes après avoir bien dîné, il fut tout à coup saisi d'une violente douleur à l'épigastre, accompagnée de sueurs froides, de vertiges, d'envies de vomir mais sans pouvoir rendre. Immédiatement, on le fit transporter à l'infirmerie.

Symptômes a l'entrée. — Le malade est d'une pâleur livide, presque sans pouls et se plaint de malaise, de froid, d'une transpiration visqueuse abondante et d'une vive douleur qui augmente encore par la pression à l'épigastre. Peu de temps après son arrivée, il rendit ce qu'il avait pris à son dîner mais ne fut point soulagé pour cela; on fit appliquer des cruchons d'eau chaude aux pieds et des fomentations chaudes sur le siège de la douleur. Celle-ci persistant toujours, à 4 heures de l'après midi, on fait appliquer 6 sangsues à l'épigastre et l'on administre 2 *grammes de la solution de morphine*. Ces moyens procurent quelque soulagement et le malade jouit d'une tranquillité relative presque vers 10 heures du soir. Comme il y avait de la constipation depuis plusieurs jours, on donne alors une dose *de sulfate de magnésie*.

Marche de la maladie. — 9 *nov.* Le malade n'a pas dormi la nuit; les symptômes sont restés stationnaires; il y a eu trois ou quatre déjections alvines de couleur foncée. Dans le but d'empêcher les vomissements, on fait prendre de grand matin, en une fois : *Créosote deux gouttes. Solution de chlorydrate de morphine*, 2 *grammes*. et de plus on ordonne *une cuillerée de vin de porto toutes les heures*. A l'heure de la visite (midi), les symptômes ne se sont point amendés; l'on fait continuer le vin, on prescrit en outre du beef-tea en petite quantité à la fois et, toutes les 4 heures jusqu'à ce que le mal ait diminué, une cuillerée à thé de la mixture suivante : Pr. : *Solution de chlorhydrate de morphine* 2 *grammes. Esprit d'éther sulfurique*, 20 *grammes. M.* A la suite de cette potion il survient un grand soulagement, au point que dans l'après-midi, il est possible de procéder à un examen plus approfondi du cas. Les bruits du cœur sont indistincts; le pouls est à 58, extrêmement faible et intermittent. Respiration laborieuse, s'accompagnant d'un aggravation de la douleur épigastrique au moment de l'inspiration. Cette der-

(1) Recueillie par M. Arthur Garrington, élève du service.

nière offre un peu de rudesse, et la résonnance de la voix est accrue au dessous des deux clavicules. En même temps, il existe une violente douleur à la partie supérieure de la tête; quelques vertiges; langue sèche et chargée; pas d'appétit; soif vive; pas de gonflement marqué à l'épigastre; abdomen sensible et chaud; urines naturelles à la fois sous le rapport de la couleur et de la quantité, mais ne contenant que des *traces de chlorures*. Dans la soirée, du mieux s'établit, la douleur est en grande partie disparue et il y a moins de malaise; l'estomac supporte même un peu de beef-tea donné en petite quantité à la fois. Légère matité, avec augmentation de la résonnance de la voix et crépitation à la base du poumon droit en arrière. — 10 *novembre*. Le malade a passé une assez bonne nuit et a dormi un peu; la douleur à l'épigastre et le malaise ont encore diminué. Pouls à 98, faible. Les signes physiques observés hier soir dans le poumon droit ne s'entendent plus au moment de la visite, mais ils font leur réapparition le soir. Prescr. : *Abandonner la potion et continuer le vin et le beef-tea par petite quantité à la fois*. — 11 *novembre*. La nuit a été bonne. Le malade éprouve encore un peu de malaise et de sensibilité à l'épigastre; il se plaint de mal dans le côté gauche de la poitrine; ce mal augmente lors de l'inspiration dont la durée est par suite diminuée. Toux fatigante; expectoration de mucosités grisâtres, tenaces, rouillées par places. Dans tout le tiers inférieur et postérieur du poumon gauche, on trouve une matité prononcée en même temps qu'une augmentation de la résonnance de la voix et une crépitation claire. Pouls à 88, assez développé; langue chargée. Le malade dit que depuis son entrée, il a eu chaque jour des frissons; hier même il avait tellement froid qu'on a dû mettre des cruchons d'eau chaude à ses pieds. L'examen des urines y décèle encore une diminution des chlorures; on y remarque un dépôt de phosphates tribasiques. — 12 *novembre*. Le malade dort bien à présent; l'appétit se prononce; la sensibilité au toucher et le malaise épigastriques ont disparu. Pouls à 90, plein et régulier. Crépitation très fine; résonnance de la voix toujours plus forte qu'à l'état normal; toux moins pénible; plus de crachats rouillés. — 13 *novembre*. La crépitation a disparu mais il reste un peu de rudesse à l'inspiration; crachats mucopurulents; chlorures en abondance dans les urines. Il y a de la constipation, c'est pourquoi l'on ordonne *un lavement à l'eau chaude*. — 15 *novembre*. La respiration est redevenue normale et le malade se plaint simplement d'un peu de faiblesse; d'ailleurs il est tellement bien qu'il demande avec instances à pouvoir s'en aller.

Commentaire. — Au milieu de symptômes d'irritation gastrique grave, et pendant son séjour à l'Infirmerie, ce malade contracte une pneumonie des mieux caractérisées. Le mal se limite néanmoins au tiers postérieur du poumon droit, et, quoique le sujet soit jeune et vigoureux, nous avons recours d'emblée à un traitement stimulant et nutritif. Aussi avons-nous la satisfaction de voir cet homme guéri au bout de cinq jours et de pouvoir sur ses instances le congédier au septième jour. Jamais je n'ai vu guérir plus rapidement un cas de pneumonie pourtant incontestable. Remarquons encore combien tout ce qui se rapporte à cette observation vient contredire les opinions de ceux pour qui l'inflammation se rattache d'une façon ou de l'autre à un état sthénique ou d'excitation de l'économie. Cet homme était en parfaite santé lorsqu'il fut pris de spasmes gastriques qui le réduisirent à un état de prostration extrême, allant jusqu'à la disparition du pouls avec sueurs froides visqueuses. C'est dans cet état de faiblesse que la pneumonie se présente et si son étendue, de même que sa durée, ont été si heureusement limitées, j'attribue ce résultat aux

stimulants, à l'alimentation et au repos auxquels, d'emblée, nous avons soumis notre malade.

Valeur diagnostique de l'absence des chlorures de l'urine dans la pneumonie.

Simon et Redtenbacher, les premiers, établirent que le chlorure de sodium, sel qui se rencontre constamment dans l'urine normale, disparaissait de ce liquide durant la période ascensionnelle de la pneumonie, pour s'y montrer de nouveau lorsque l'absorption des exsudats est sur le point de commencer. Ce fait fut ensuite confirmé par le Dr Beale de Londres, lequel, dans le 35e volume des *Transactions of the Médico-Chirurgical Society of London*, fit faire un nouveau pas à cette question en y ajoutant de nouvelles et importantes recherches. Ce fut durant l'année scolaire 1853-54, que mon attention fut appelée pour la première fois sur ce fait remarquable par le Dr Cartwright qui, à cette époque, fréquentait les salles cliniques de l'Infirmerie. Il m'apprit qu'il avait constaté différentes fois dans les salles du Prof. Oppolzer, de Vienne, les services que ce mode d'investigation pouvait rendre au point de vue du diagnostic. Un individu du nom de John M'Donald, âgé de 25 ans, venait précisément d'entrer à l'hôpital avec une pneumonie simple mais bien franche du sommet du poumon droit. C'était un ouvrier qui, jusque deux jours auparavant, avait joui d'une santé parfaite. S'étant trouvé exposé à l'humidité et au froid, en travaillant à des conduites d'eau, il fut saisi de frissons suivis de fièvre, et bientôt du cortége des symptômes et des signes ordinaires de la pneumonie. Lorsqu'on ajoutait une goutte d'acide nitrique dans son urine versée dans un tube à essais, et qu'on y laissait tomber goutte à goutte un peu d'une solution de nitrate d'argent, le liquide restait clair; cependant, la délicatesse de ce réactif est telle qu'il suffit d'une très petite quantité de chlorure de sodium pour faire apparaître aussitôt un nuage blanc qui se précipite. Le malade était alors au quatrième jour de son affection et les chlorures restèrent absents les deux jours suivants, durant lesquels le mal progressa de haut en bas, au point d'envahir les deux tiers supérieurs du poumon droit. Le septième jour, un léger nuage se montra dans l'urine, indiquant le retour du sel dans ce liquide; en même temps le malade se disait beaucoup mieux. A ce moment, il y avait une forte matité à la percussion; la crépitation avait cessé; la respiration était devenue tubaire et il existait de la bronchophonie. Au huitième jour, l'on commença à percevoir une légère crépitation de retour; la matité avait diminué, mais l'urine avait été malencontreusement jetée avant la visite. Le lendemain, elle contenait des chlorures en abondance ainsi que des urates. Une crépitation bruyante s'entendait dans toute l'étendue du poumon, et la matité avait presque entièrement disparu. A partir de ce moment la convalescence marcha rapidement, et, sans avoir été saigné, cet homme sortit complétement guéri le seizième jour.

Je priai alors M. Seymour, l'un des élèves de mon service, d'essayer les urines de tous les malades actuellement dans la salle, et de ceux qui y viendraient par la suite, ce qui permit d'établir ainsi un nombre considérable d'observations, dont je ferai mention immédiatement. Sur ces entrefaites survint un autre cas, lequel semble démontrer la valeur de ce moyen d'investigation au point de vue du diagnostic. Il s'agit d'un homme du nom de Donaldson, âgé de 26 ans, atteint de typhus fever, et chez lequel la maladie parcourut sa marche accoutumée jusqu'au dixième jour, les chlorures persistant dans les urines. Le onzième jour, survinrent des symptômes pulmonaires; les chlorures avaient entièrement disparu de l'urine. Cette circonstance porta mon attention ainsi que celle de mes élèves, sur la poitrine, et nous découvrîmes bientôt tous les signes d'une pneumonie dans la moitié inférieure du poumon droit. Le quatorzième jour, les chlorures reparaissaient; en même temps tous les symptômes pulmonaires s'amendaient et la fièvre se terminait par une sueur critique.

Voici un troisième cas encore plus convaincant, dans lequel l'essai des urines indique le commencement et la disparition de la pneumonie. Un homme du nom de David Murray, âgé de 43 ans, nous arrive avec une pneumonie occupant les deux tiers inférieurs du poumon droit. Il n'y a pas moyen de s'assurer du moment positif où le mal a commencé, et il est impossible, par conséquent, de déterminer si la crépitation grossière qui s'entend à l'endroit des points enflammés du poumon, est de la crépitation primitive ou bien de la crépitation en retour. Cependant, les urines ne contiennent pas de chlorures, ce qui nous indique une affection en voie de progrés. Le lendemain, il y a hépatisation complète des points affectés, avec respiration séche, tubaire, et absence de crépitation; mais une petite quantité de chlorures apparait dans l'urine. Nonobstant, le malade, au lieu d'être mieux, n'offre pas de changement, et le lendemain, les chlorures ont de nouveau disparu, aussi la pneumonie a fait des progrès en étendue. Le soir de ce même jour, le malade est pris de méningite aiguë à laquelle il ne tarde pas à succomber. A l'autopsie, on trouve, outre les preuves d'une méningite généralisée, tout le poumon droit offrant les caractères habituels de l'hépatisation grise. (Voir obs. IV).

On remarquera, dans les observations qui précèdent et qui sont au nombre de treize, qu'à l'exception de l'obs. CLIII, l'absence ou la diminution marquée des chlorures indique précisément la marche ascendante de la pneumonie, tandis que leur présence annonce sa terminaison, et s'accompagne d'ordinaire de la crépitation de retour et d'un commencement d'absorption de l'exsudat. Il reste à déterminer si l'absence des chlorures est une cause ou un effet de l'exsudation qui se fait dans les poumons, si l'obstacle à la fonction respiratoire, en diminuant la quantité d'oxygène absorbé, donne lieu à des changements chimiques dans le sang qui réagiraient sur la sécrétion urinaire. Dans ce cas, de quelle nature sont ces changements? Toute une multitude de questions s'élèvent dans

l'esprit du physiologiste, au sujet de ce point remarquable de clinique. Qu'il y ait là un signe important pour le diagnostic, je n'en puis douter; l'on en verra une preuve nouvelle et éclatante dans l'observation suivante, qui offre une foule de signes et de symptômes de pneumonie se compliquant d'une affection cardiaque. Il s'agissait de de décider, lorsque le malade nous est arrivé si à l'affection cardiaque et à la bronchite ne s'adjoignait point une pneumonie; je me prononçai pour la négative, à cause de l'abondance des chlorures contenus dans l'urine.

Obs. CLIX (1). — *Bronchite et congestion pulmonaire, consécutive à une maladie de cœur, et simulant une pneumonie, mais sans disparition des chlorures de l'urine.*

Commératif. — John Dickson, 44 ans, pensionné, entré le 21 juillet 1854, raconte que dans la soirée du 19, il ressentit des frissons suivis de sueurs, de chaleur à la peau, de soif, de perte d'appétit et d'expectoration d'un liquide spumeux semblable à du jus de réglisse. Depuis quelque temps, il éprouvait une sensation de malaise à l'épigastre, laquelle depuis lors est devenue une véritable douleur. Hier est survenue une forte dyspnée accompagnée d'anxiété; ces symptômes persistent encore.

Symptômes a l'entrée. — A son arrivée le malade souffre d'une dyspnée excessive et expectore des crachats visqueux, d'un brun rougeâtre. A la percussion, on ne trouve point de différence de sonorité, mais en arrière elle est diminuée des deux côtés. A l'auscultation, on entend l'expiration partout très prolongée, et en arrière une forte crépitation et de la bronchophonie. Pouls à 92, modérément fort. Les bruits du cœur sont entièrement masqués par le bruit de l'expiration prolongée et par l'agitation de la poitrine. Il est impossible au malade de rester sur le dos ou sur le côté gauche; il s'agite pour la moindre cause, éprouve des palpitations fréquentes et ne dort point. Les urines contiennent des chlorures en abondance. Les autres fonctions sont normales. Prescr. : *Esprit d'éther sulfurique*, 2 *grammes. Infusion de Casse*, 120 *grammes. M. Pour en prendre de temps en temps une cuillerée à soupe dans de l'eau. Administrer* 0,016 *milligrammes de tartrate d'antimoine en solution, toutes les deux heures.*

Marche de la maladie. — 25 *juillet*. Depuis que le malade est à l'hôpital, la dyspnée a diminué, la crépitation en arrière persiste, mais le ronflement est moindre en avant. Les crachats sont encore gélatineux, couleur de rouille. On ne parvient pas à sentir la pointe du cœur mais on reconnaît à présent un bruit de souffle aux deux temps; le plus fort ou systolique s'entend le mieux à la pointe et l'autre ou diastolique surtout à la base. *Cesser l'antimoine.* — 31 *juillet*. Les signes et les symptômes pulmonaires ont en grande partie disparu; par contre, la lésion cardiaque est devenue plus distincte. Cette dernière retient le malade dans l'établissement jusqu'au commencement de novembre; il en sort considérablement soulagé.

M. Seymour a essayé à diverses reprises et avec grand soin les urines de plus de cinquante autres malades dans les salles, atteints d'affection très diverses. Il constata l'absence des chlorures dans un seul cas de

(1) Recueillie par M. Alméric Seymoor, élève du service.

phthisie, mais il y avait pneumonie intercurrente. Il n'en trouva point non plus dans un cas de péritonite ni dans aucun cas de variole. Des recherches ultérieures révèleront probablement l'absence de ces sels dans d'autres affections encore, et, bien que l'importance de ce signe comme caractéristique de la pneumonie puisse s'en trouver diminuée, il n'en conservera pas moins sa valeur comme indice de la période ascensionnelle de cette affection.

Pathologie de la pneumonie aiguë.

Les faits principaux ayant trait à la pathologie de la pneumonie ont déjà été exposés ci-devant t. I, p. 221 et plus spécialement t. I, p. 230, lorsque nous avons traité de l'exsudation. La lésion consiste dans l'épanchement de la liqueur ou plasma du sang à l'intérieur des vésicules, des petites bronches et du parenchyme pulmonaire. Il ne sera pas hors de propos, néanmoins, d'insister sur le fait que le travail exsudatif est parfois très limité, borné à un petit nombre de vésicules et à quelques petits tubes bronchiques en rapport avec elles. C'est ce qui constitue une *pneumonie vésiculaire*. Nous savons que cette inflammation peut se borner à un lobule, ou envahir un lobe entier et constituer ce qu'on nomme une *pneumonie lobulaire* ou *lobaire*. Dans l'un comme dans l'autre cas, le phénomène essentiel de l'inflammation, c'est-à-dire l'exsudat, s'est produit, et l'on reconnaît manifestement en examinant avec soin le tissu pulmonaire, qu'il obstrue les vésicules aériennes sous la forme de petites granulations. Dans certains cas même, l'exsudat vésiculaire se reconnaît au toucher, sous forme de petites indurations dont le volume varie de la grosseur d'un grain de millet jusqu'à celle d'un pois. Leur couleur est souvent rouge, mais parfois jaune, et, sous cette dernière forme on les a souvent pris pour des tubercules. Ces petites indurations, néanmoins, finissent par se ramollir et par se convertir en pus, comme dans les formes lobaire et lobulaire de la pneumonie.

Si nous examinons le tissu pulmonaire au microscope, nous voyons, dans le premier cas, les vésicules aériennes, les petites bronches et le tissu aréolaire infiltrés d'un exsudat moléculaire et granuleux, formant souvent des moules complets des vésicules et des bronches, et que l'on parvient aisément à isoler par le lavage et par la pression. Il n'est pas rare, ainsi que l'a fait voir Remak, que de ces moules soient rejetés entiers. L'on arrive même à les séparer du liquide de consistance gélatineuse dans lequel ils nagent, en jetant le contenu du crachoir dans l'eau et en agitant pour dégager les filaments arborisés. Ces filaments, vus à un certain grossissement se présentent sous forme d'un exsudat fibreux, au sein duquel on reconnaît des corpuscules de pus en voie de formation, ainsi que des cellules épithéliales en nombre plus ou moins grand. (Fig. 80). Quant aux portions d'exsudats qui restent dans le poumon, elles se transforment en pus de la manière ordinaire (fig. 191, t. I, p. 230), finissent par se

désagréger et par être absorbées dans le sang où elles subissent une transformation chimique, et sont enfin rejetées de l'économie, principalement par la voie des reins (t. 1, p. 230). Si, par suite des vastes proportions du mal ou de la faiblesse, ce travail est arrêté, le malade court grand risque de succomber, soit parce qu'il ne peut débarrasser son sang de ces matériaux étrangers, soit par suite de l'interruption des fonctions respiratoires. Lorsque l'exsudat est limité dans son étendue où qu'il s'est épanché lentement dès le début, il peut passer à ce qu'on appelle l'état chronique. Dans ces circonstances, les cellules purulentes et épithéliales du tissu pulmonaire peuvent subir la dégénérescence graisseuse et il en résulte une multitude de cellules granuleuses. Lorsque du sang a été extravasé et s'est mêlé aux autres produits que nous avons décrits, l'on rencontrera fréquemment des cristaux rouges d'hématine et des corpuscules sanguins entourés d'une enveloppe albumineuse, et présentant les nombreuses transformations auxquelles ils sont soumis, une fois hors des vaisseaux (fig. 448, t. 1, p. 536).

« Lorsqu'un malade est atteint de pneumonie, fait observer le Dr Todd, il y a tendance à la solidification du poumon, à la formation de pus, puis à la destruction et à la dissolution du tissu pulmonaire, siége de l'infiltration purulente. C'est du moins ce qui se passe lorsque les choses prennent une marche défavorable. La guérison, au contraire, s'établit soit par arrêt du travail de solidification, soit par suite de la rapide disparition par absorption, par dissolution et élimination des produits nouveaux qui avaient solidifié le poumon. » J'ai étudié avec une attention spéciale le mode d'absorption de l'exsudat, et j'ai fréquemment examiné après la mort des poumons à l'état d'hépatisation rouge, à la suite d'hémorrhagies cérébrales ou d'autres affections. Dans un certain nombre de cas, j'ai rencontré la pneumonie à tous les degrés, commençante dans certains endroits, à l'état de solidification ou d'hépatisation rouge dans d'autres, ailleurs enfin, à l'état d'hépatisation grise ou de purulence. On pouvait suivre la gradation vers la formation purulente. Lorsque l'hépatisation est bien marquée, on observe, en certains endroits, de jeunes cellules de pus en voie de formation, et je suis convaincu que c'est par l'intermédiaire d'un produit purulent que l'exsudat se désagrège, en un mot, que tel est le mode d'action ordinaire de la nature. Jamais je n'ai rencontré de preuve de la désintégration pure et simple et de l'absorption d'un exsudat coagulé sans qu'il y ait eu formation de cellules de pus; bien plus, selon moi, l'analogie aussi bien que l'observation directe sont contraires à cette supposition. Il suit de là que, bien loin d'être un signe d'une marche défavorable de la maladie, la production de pus est la transformation normale et nécessaire de l'exsudat solidifié, qui devient susceptible par là d'être désagrégé et enfin absorbé. (Voir fig. 191, t. 1, p. 230.)

Cette manière de voir, fondée sur un nombre considérable d'observations histologiques consciencieusement faites sur des poumons affectés de pneu-

monie, et qu'il est facile de vérifier sur la première pièce venue pourvu qu'elle soit récente, et comme j'en conserve d'ailleurs un grand nombre de préparations dans mes collections, est en contradiction avec les idées de certains pathologistes de l'école française. Écoutons ce que dit Grisolle à ce propos (1) : « Je ne saurais accepter une doctrine qui ne se justifie par aucune preuve directe, contre laquelle le sens clinique se révolte, si j'ose ainsi parler, et qui est en contradiction flagrante avec les traditions de l'école et avec ce qu'enseignent chaque jour les plus simples observations des médecins du monde entier ». Si, avant d'écrire ces lignes, Grisolle avait bien voulu étudier la question, et cela par les seuls moyens que cette étude comporte, c'est-à-dire avec le microscope, il aurait reconnu dans l'hépatisation rouge des corpuscules de pus à tous les degrés de développement; il se serait convaincu de la sorte d'une vérité qui loin de revolter le bon sens clinique, lui offre de nouvelles et importantes raisons d'entrer dans une voie pratique meilleure, ainsi que nous le démontrerons plus loin. Le microscope a fait voir qu'une foule de liquides réputés purulents ne sont rien moins que du pus, mais par contre, il a démontré clairement que la désintégration, le ramollissement et la liquéfaction de l'exsudat plastique de la pneumonie, transformations que Grisolle admet, sont bien réellement le résultat d'une production vitale de cellules de pus. En favorisant cette production, nous contribuons à la guérison de nos malades, et en l'amoindrissant ou en l'entravant, nous ne pouvons qu'augmenter le chiffre de la mortalité. La preuve directe exigée par Grisolle, chacun peut se la donner, en pratiquant avec un couteau de Valentin, quelques coupes dans le premier poumon venu atteint d'inflammation, et en les examinant avec soin, d'abord avec un grossissement de 25, puis de 250 diamètres. L'on verra ainsi une disposition analogue à celle qui se trouve représentée fig. 489 et 490 et l'on y reconnaîtra :

1° Un exsudat moléculaire dans les vésicules; 2° la transformation de cet exsudat, par la coalescence moléculaire, en cellules de pus, et 3° la formation et la dégénérescence ultérieure de ces cellules (voir Théorie moléculaire et cellulaire de l'organisation, t. I, p. 157 et fig. 191). En effet, la formation de pus dans la pneumonie est si constante, et il est possible de la voir si clairement se produire par agrégation moléculaire, indépendamment de toute cellule préexistante, que cela suffit pour réfuter victorieusement la doctrine de Virchow « Omnis cellula è cellulâ. » Au reste, ce dernier point de doctrine est infirmé directement par les expériences d'Onimus, lequel a démontré la formation de cellules de pus dans la sérosité filtrée d'un vésicatoire, par conséquent, dans des circonstances où il est impossible d'admettre que ces cellules dérivent d'autres cellules préexistantes.

L'exsudat s'étant transformé en cellules de pus, celles-ci au bout d'un

(1) *Traité de la Pneumonie*, 2e édit., 1864, p. 53.

certain temps deviennent graisseuses, se rompent, se désagrégent, se liquéfient et sont absorbées dans le sang, d'où elles sont enfin excrétées

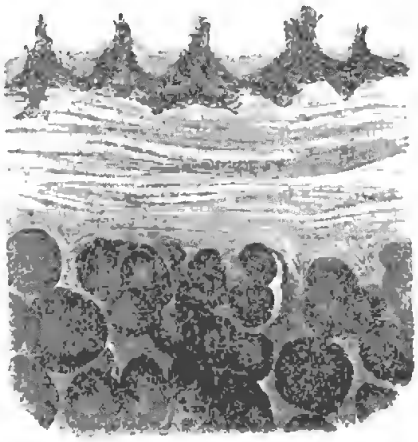


Fig. 489.

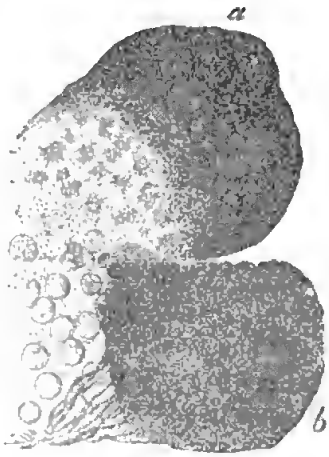


Fig. 490.

par les émonctoires de l'économie et plus spécialement par les reins, sous la forme d'urates, ainsi que nous l'avons déjà précédemment exposé (voir t. I, p. 250).

Traitement de la pneumonie aiguë.

Examinons en premier lieu les effets attribués en particulier à chacune des diverses méthodes de traitement recommandées dans la pneumonie. De la sorte, vous serez à même de les comparer avec les faits que vous avez observés dans mes salles et avec les conclusions pratiques qui en découlent.

I. *Résultats de la saignée dans la pneumonie.* — Le nombre total des observations rapportées par Louis, s'élève à 107 (1). De ces malades, 32 ont succombé, ce qui fait 1 sur 3 1/3. Chez 78 de ceux qui furent traités à la Charité, la saignée fut pratiquée du premier au neuvième jour,

(1) *Recherches sur les effets de la saignée.* Paris, 1835.

Fig. 489. Coupe verticale de la portion externe d'un poumon affecté de pleuro-pneumonie. A l'extérieur, l'exsudat forme à la surface une couche épaisse de fibres moléculaires et présente des villosités qui en se vascularisant absorbent le liquide séreux. La moitié inférieure de la figure représente les vésicules pulmonaires obstruées par un exsudat moléculaire coagulé. 25 *diam.*

Fig. 490. Deux moules d'exsudat coagulé provenant des vésicules aériennes, dans un cas d'hépatisation rouge du poumon. *a*. Exsudat moléculaire s'agrégeant en petites masses destinées à former des corpuscules de pus. *b*. Masse voisine dans laquelle l'exsudat est parvenu à un degré plus avancé de développement et est en train de former des cellules de pus. 250 diam.

et il en est mort 28, ou 1 sur 3 1/7. La duré de l'affection, dans les cas de guérison, a été de 15 1/2 jours. Chez les 29 autres traités à la Pitié, la saignée fut pratiquée à une époque plus rapprochée du début, c'est-à-dire du premier au quatrième jour, et 4 seulement moururent, ce qui fait 1 sur 7 1/4. Toutefois la durée de la maladie de ceux qui guérirent a été de 18 1/4 jours. Cette diminution dans la mortalité mais avec une durée plus longue de l'affection, Louis en attribue la cause à ce que les saignées n'ont pas été aussi larges qu'à la Charité et à ce qu'on a employé une plus grande quantité de tartre émétique. De là, la proposition qu'il chercha à établir : bien que la saignée n'ait qu'une influence très limitée sur la pneumonie, on doit la pratiquer de bonne heure. Pour ce qui concerne les résultats de Louis, on ne perdra point de vue : 1° que les cas jugés défavorables par suite d'un mauvais état de santé antérieur ou par suite d'autres causes ont été tout d'abord éliminés de sa statistique, de sorte que tous ses malades, avant d'avoir leur pneumonie, étaient parfaitement bien portants; 2° qu'il s'agit de cas non compliqués et que la durée de la maladie a été prise depuis l'apparition des symptômes fébriles jusqu'au moment ou les malades furent en état de prendre un peu de nourriture légère, c'est-à-dire généralement trois jours après la cessation de la fièvre.

II. La statistique donnée par M. Bouillaud (1) de son traitement par les saignées *coup sur coup*, renferme 102 cas observés de 1831 à 1834. On y compte 12 morts ce qui fait 1 sur 8 2/3 des cas.

III. M. Briquet (2) apporte une statistique de 141 cas (t. 7, p. 447), bien qu'en parlant de leur âge il en énumère 144 (t. 7, p. 449); et qu'en parlant de l'influence de l'âge sur la mortalité, il n'en reste plus que 140 (t. 9, p. 28). Dans ces 140 cas, il y eut 28 décès, c'est-à-dire plus de 1 sur 5, Presque tous ces malades furent saignées en proportion de leurs forces (t. 8, p. 283). En outre dans les trois quarts des cas, on a eu recours aussi aux vésicatoires et au tartre émétique.

IV. Grisolle (3) vint ensuite préconiser les saignées, mais avec plus de modération qu'on n'y mettait d'ordinaire, sa conscience lui défendant de les abandonner absolument (p. 561). Il analyse 75 observations de Bouillaud, et montre que 49 seulement de ces malades ont subi le traitement par les saignées coup sur coup, 6 d'entre eux succombèrent ou 1 sur 8, résultat favorable qu'il attribue à la jeunesse des sujets ainsi traités. Pour ce qui est de ses propres observations, un premier groupe de 50 malades ne furent saignés que dans la première période de l'affection. 5 moururent ou 1 sur 10. Les sujets qui succombèrent sont précisément ceux où les saignées ont été les plus larges, chacun d'eux ayant perdu environ deux kilogrammes de

(1) Art. Pneumonie, *Diction. de médecine*, en 15 vol., 1835.
(2) *Archiv. géner. de médecine*, 3e série, t. 7, 8, 9. 1840.
(3) *Traité pratique de la pneumonie*. Paris, 1841, et 2e édit., 1864.

sang à diverses reprises. Les cas renfermés dans ce groupe sont ceux qui ne présentaient point de complication, et l'âge moyen des sujets était de 40 ans. Chez les 45 qui guérirent, la convalescence commença le 10e jour, et en moyenne, il purent retourner à leurs occupations le 21e. Sur 182 autres cas qui furent saignés durant la seconde période de l'affection, 32 succombèrent, ce qui fait plus de 1 sur 6. Ici encore, ceux qui ont péri sont ceux qui furent saignés le plus abondamment, la perte de sang ayant varié de 250 ou 360 grammes à 4 kilogrammes et demi. La quantité moyenne de sang tiré a été de 1 kilogramme et demi. Tous les cas renfermés dans ce groupe étaient exempts de complication, et l'âge moyen des sujets était de 35 ans. Chez les 150 qui guérirent, la convalescence commença en moyenne le 17e jour, et ils furent renvoyés à leurs occupations au 22e. Il professe que la saignée est impuissante à juguler la pneumonie. Sur le total de 232 cas, il y eût 37 morts, ce qui donne environ 1 sur 6 1 3, et représente donc le résultat général de la pratique hospitaliére de Grisolle. Cette mortalité est inférieure de moitié à celle de la statistique de Louis, bien que les circonstances au milieu desquelles le mal s'était produit fussent identiques, à part le traitement qui ne fut pas aussi héroïque. Laennec également, qui ne faisait que des saignées modérées au début de l'affection, admettait que la mortalité était de 1 sur 6 ou 8 cas (1). En 1864, Grisolle a publié une autre édition de son ouvrage, dans laquelle il reproduit la même statistique sans rien changer, et cela bien qu'il eût connaissance de mes recherches et des immenses progrès qui se sont accomplis dans la science et dans l'art de la médecine, durant cette longue période de 23 ans. Ce qui est encore bien plus surprenant, c'est qu'il veuille faire croire que son traitement antiphlogistique avec une mortalité de 1 sur 6 est toujours ce qu'il y a de mieux.

V. Acerbi (2) produit une statistique de 142 cas, traités par des saignées abondantes et répétées; sur ce nombre il eut 16 décés ou 1 sur 9 sujets. Parmi ces derniers, 4 avaient été saignés à trois ou quatre reprises; cinq de cinq à huit fois, et sept de neuf à treize fois. Chez 30 de ces 142 malades, on fit de dix à vingt saignées, chacune de 12 onces, ce qui fait ensemble de 3700 à 7400 grammes. En même temps l'on administrait de 0,25 à 0,50 centigrammes de tartre émétique dans les 24 heures.

VI. Dietl traita 85 pneumoniques par de larges saignées et en perdit 17 ou environ 1 sur 5.

VII. En 1842, le Dr Hughes (3) a publié la relation de 101 cas, traités à Guy's Hospital, la plupart au moyen de la méthode antiphlogistique : 24 malades succombérent ou 1 sur 4 1/5. Sur ce total, 47 seulement subirent un traitement actif par les saignées, l'antimoine, le calomel et l'opium, etc. Chez 27, on ne fit aucune saignée. Des complications, en

(1) *Traité pratique de la pneumonie*, par Grisolle, *loc. cit*.
(2) *Medico-Chirurgical Review*, juillet 1858, p. 11.
(3) *Guy's Hospital Reports*. Vol. VII.

exceptant la pleurésie et la bronchite, s'observèrent chez 27, et le mal affectant les deux côtés à la fois se rencontra chez 19.

VIII. Wossidlo (1) relate 112 observations, dans lesquelles il accuse 4 décès ou 1 sur 28. 11 cas seulement présentèrent des complications : tubercules 4, blennorrhée 2, catarrhe 1, état puerpéral 2, sciatique 1 et atrophie mésentérique 1.—50 de ces sujets, il faut le noter, n'avaient pas atteint l'âge de 20 ans, et 44 étaient des enfants au-dessous de 10 ans. Chez ces derniers, l'on semble s'être borné à l'application de quelques sangsues. L'auteur ne précise point la quantité de sang extraite ni le régime qu'il a imposé aux adultes.

IX. Le Dr Glen a bien voulu me faire un relevé de tous les cas de pneumonie, figurant dans les statistiques présentées par le colonel Tulloch (2). Les décès y figurent dans la proportion de 1 sur 13, résultat favorable qui est attribué à ce que les saignées ont été faites de bonne heure et chez des sujets jeunes et vigoureux.

X. *Traitement par le tartre émétique à fortes doses.* — Rasori (3) a traité, dans le grand hôpital de Milan, 648 cas de pneumonie au moyen de fortes doses de tartre émétique. Il y eut 555 guérisons et 143 morts, ce qui donne une proportion de 1 sur 4 1 4. En publiant cette statistique, Rasori donne ce résultat comme étant plus favorable que celui fourni par la méthode des saignées. Or, il est évident que s'il a tenu ce langage, c'est qu'il était bien clair, à cette époque, que l'emploi des saignées donnait une mortalité plus élevée que l'usage du tartre émétique ou que 1 décès sur 4 1 2 des cas.

XI. Grisolle a traité 154 pneumoniques par de fortes doses de tartre stibié et en a perdu 29, ce qui fait 1 sur 5 1 3.

XII. Dietl, de son côté, en a traité 106 par la même méthode et perdu 22, ou un peu plus de 1 sur 5.

XIII. Von Wahl, à St-Petersbourg, a, durant un espace de six années, saigné dans 354 cas de pneumonie parmi lesquels il y eut 84 décès, ou 1 sur 4 2 3 (4). Ici l'on eut recours aux saignées seulement dans les cas de forte congestion; dans le plus grand nombre, le tartre émétique fut administré de bonne heure et à grandes doses.

XIV. Thielman (5), à l'hôpital de Pierre et Paul de St-Petersbourg, a employé le tartre stibié à fortes doses chez 110 pneumoniques; 12 moururent ou 1 sur 9 1/6. De l'opium était administré en même temps pour arrêter la diarrhée.

Traitement expectant ou diététique. Cette méthode consiste essentielle-

(1) *Schmidt Jarbucher.* Bd. 51, 1846, p. 123, et *British and Foreign Méd. Chir. Rev.* juillet, 1858, p. 16.

(2) *Gouvernment Statistical Reports on Mortality among the Troops.* 1853.

(3) Extrait d'une analyse de la pratique de Rasori. — *Annales de thérapeutique*, janvier 1847.

(4) *Petersburg Med. Zeit.*, t. 6, 1861, *Canstatt*, 1861, p. 237.

(5) Canstatt, 1852; III. p. 231.

ment à laisser la maladie suivre sa marche naturelle. Durant la période fébrile, on ne permet qu'une alimentation légère, si même on n'en prive pas complétement le malade, auquel on donne de l'eau fraîche à boire. Plus tard, on accorde des choses plus substantielles et parfois du vin, en se réglant sur la nature des symptômes. Parfois ce traitement diététique est converti en *traitement expectant :* l'emploi des médicaments est réservé pour combattre certains symptômes particuliers. Telle est la pratique de Skoda à l'Hôpital de la Charité, à Vienne.

XV. Une relation de cette dernière méthode a été faite ici par le Dr George Balfour, lequel a constaté, dans les registres de l'Hôpital, que durant une période de trois ans et cinq mois, à partir de 1843, 392 malades ont été soumis à ce traitement; sur ce nombre il en est mort 54 ou 1 sur 7 1/4. Suivant les circonstances, de l'opium fut administré à petites doses dans les cas où il y avait une vive douleur; des saignées furent pratiquées tout au début lorsqu'il y avait beaucoup de dyspnée, et des émétiques furent donnés dans des cas où il y avait une expectoration fortement visqueuse.

Le Dr Balfour a produit également quelques statistiques de l'Hôpital homœopathique de Vienne, d'où il résulte indubitablement, que bon nombre de cas graves de pneumonie se guérissent sous l'influence d'un traitement qui, aux yeux des médecins sérieux, est purement diététique. Les statistiques homœopatiques les plus favorables sont celles de Tessier (1), 5 morts sur 41 cas, et (XVI) celle de Wurmb de Vienne (2) qui sur 119 pneumoniques n'en a perdu que 8, ce qui donne à peu près 1 sur 15.

XVII. En 1848, le Dr Dietl publiait une série de 189 cas de pneumonie traités par le régime seul, et cela avec une perte de 14 ou en d'autres termes de 1 sur 13 1/2. En 1852, il produisit une statistique de 750 cas, traités par le régime, il perdit en tout 69 malades ou 1 sur 10,9.

Nour lisons dans la 2e édition de l'ouvrage de Grisolle, p. 570, que Legendre laissa un mémoire qui fut publié après sa mort (3), dans lequel il cherche à démontrer que le traitement diététique est préférable aux antiphlogistiques. Quoiqu'il n'étaie cette opinion que sur 16 observations, elle a été depuis défendue par M. Barthez (XVIII) qui, le 8 avril 1862, faisait à l'académie impériale de médecine une communication contenant la statistique de 212 enfants, âgés de 2 à 15 ans, traités par lui à l'hôpital de Ste Eugénie : sur ce nombre il n'est que 2 morts. Vis-à-vis de cet important résultat, Grisolle se contente de conclure que chez les jeunes sujets, la pneumonie a une tendance à guérir spontanément, mais il refuse toute créance à ce traitement dans un âge plus avancé.

Traitement mixte. Dans ces derniers temps, l'on a traité les pneumonies d'après une méthode mixte en se réglant sur la nature des symptômes,

(1) *Homœopathic Treatment of Pneumonia*. 8°. New-York, 1855.
(2) *Brit. Journ. of Homœopathy*, vol. IV, p. 75.
(3) *Archives Gén. de Méd.*, Septembre 1850.

mais il ne paraît point que l'on ait eu lieu de trop s'en louer. Comme exemples de ce système, je citerai des statistiques de Lebert, de Huss, de Bamberger, de Flint, de Rigler et de Morehead.

XIX. Si du chiffre de 222 pneumoniques traités par Lebert à l'hôpital de Zurich (1), l'on en défalque 17, qui sont morts le jour de leur entrée ou le lendemain, il en reste 205 qui se répartissent sur une période de cinq années. Sur ce nombre 15 succombèrent, ce qui donne 1 mort sur 13 2/3 des cas. Chez 4 sujets, l'affection était compliquée et ils moururent. Les 201 restant et qui n'offraient pas de complications, furent traités régulièrement, et il y eut 11 morts, ou 1 sur 18. Chez 22 la pneumonie était double. Le traitement consista, chez la plupart, en saignées générales et locales; lorsqu'il y avait de la prostration, c'est à l'antimoine à haute dose que l'on eut recours. Divers autres moyens étaient aussi employés pour remplir des indications particulières : onctions mercurielles, chlorure d'antimoine, acétate de plomb, opium, quinine, camphre, benjoin, etc. A une période avancée de la maladie, lorsqu'il y avait faiblesse, on administra des stimulants, du vin et des aliments.

XX. Le professeur Huss de Stockholm (2) a recours au commencement de la maladie, à la saignée et aux moyens héroïques, mais à la fin, il se borne à l'antimoine, au mercure et à divers agents, parmi lesquels : la térébenthine, le camphre, la morphine et la quinine. Durant une période de 16 années, il eut en traitement 2616 pneumoniques; il en perdit 281, ce qui fait 1 sur 9 1/3. Les cas sans complication sont au nombre de 1657, dont 96 morts, ou 1 sur 17. — 959 fois, il y avait des complications et il y eut 185 morts ou 1 sur 5. — 384 malades avaient une pneumonie double et 88 succombèrent, ce qui donne un peu plus de 1 sur 4 1/2. Le traitement suivi répondait autant que possible aux indications des circonstances et peut se qualifier de méthode antiphlogistique modifiée; il est à observer que bon nombre de malades n'ont pas été saignés. La supériorité sur le système antiphlogistique rigoureux et même sur celui de Grisolle est donc remarquable. Ce fut durant les huit premières années, que les saignées tant générales que locales furent mises en usage. Sur les 1040 malades qui furent traités sous ce régime, 120 moururent ou 1 sur 9; tandis que durant les huit dernières années, sur 1576 cas il n'y eût que 116 morts ou un peu moins de 1 sur 10. Cette différence, il est vrai, n'est pas bien grande, mais elle n'amène pas moins M. Huss à conclure que la saignée est un obstacle à la guérison (p. 158). Il trouve en outre qu'elle a prolongé la maladie de 3 jours (p. 160). Durant les deux premiers degrés de l'affection, il ne permet qu'une alimentation très-légère.

XXI. Le Dr Bamberger (3), à l'hôpital Jullus de Wurzbourg, a traité 186 pneumoniques, et n'a employé la saignée générale chez aucun; seulement dans plusieurs cas, il eut recours à quelques sangsues, à des fomentations

(1) *Handbuch der praktischen Medecin*, Band 1t, p. 69, 1859.
(2) *Die Behandlung der Lungen-endzündung*, de Leipsig, 1861.
(3) *Wiener Wochenschrift*, n° 30, 1857; et *Canstatt Jaresberficht*, 1858, III, p. 284.

chaudes ainsi qu'à l'infusion de digitale donnée à l'intérieur. Sous l'influence de ce dernier agent thérapeutique, cet auteur a vu diminuer si sensiblement la température, ainsi que la force et la fréquence du pouls, qu'il le considère comme un moyen de premier ordre contre la fièvre. Afin d'aider l'expectoration, il donne, à petites doses, le tartre émétique, le kermès minéral, l'épécacuanha et le chlorhydrate d'ammoniaque. Au besoin il a recours aux vomitifs, parfois même aux narcotiques lorsqu'il y a de l'agitation ou qu'il s'agit de procurer du sommeil. Dans les formes plus adynamiques, il prescrit le sénéga, l'arnica, le benjoin, le vin d'antimoine, la quinine, le camphre, le musc, etc. Il n'est pas question dans ce travail ni du régime, ni du vin, ni des complications. Sur ce nombre de malades, 21 succombèrent ou 1 sur 8.

XXII. Le Dr Flint (1) donne une statistique de 133 cas de pneumonie qu'il a eus en traitement, en douze années dans les villes de Nouvelle Orléans, Louisville et Buffalo, aux États-Unis d'Amérique. Sur ce nombre il accuse 35 morts, ce qui fait plus de 1 sur 4 cas. Sur 112 malades qui ne présentaient pas de complication, il en perdit 19; et, sur 21 qui en offraient, il en perdit 16. Sur 11 cas de pneumonie double, il y eut 8 morts. 37 fois tout le poumon droit était entrepris; 19 de ces malades succombèrent. 9 fois c'était le poumon gauche qui était pris en entier et il n'y eût que 1 mort. En résumé, de tous ces malades au nombre de 37, dans lesquels la pneumonie s'étendait à deux ou plusieurs lobes, un tiers succomba. De tous les autres cas qui n'étaient point compliqués, deux seulement eurent une issue fatale. Quant au traitement il était approprié aux circonstances : 12 malades furent saignés; 12 prirent du tartre émétique; 100 de l'opium à doses diverses. Chez 49, ce dernier médicament fut donné à haute dose, et il y eut 11 morts. Différentes fois aussi des stimulants alcooliques et la quinine furent employés.

XXIII. Rigler (2), à l'hôpital général de Gratz, a fait un relevé de 119 pneumonies, parmi lesquelles il compte 20 morts ou 1 sur 6 cas. La saignée générale ne fut employée que 4 fois; les sangsues le furent différentes fois dans le but de combattre la douleur locale. La diète était sévèrement gardée, afin de diminuer la fièvre, et si malgré cela la pneumonie marchait, il donnait le tartre émétique à la dose de 0,06 centigrammes par jour. En même temps on avait recours aux potions émollientes, à des frictions sur les extrémités, à la morphine. La durée moyenne de la maladie fut de 21 jours. Sur les 119 malades, 14 présentaient une pneumonie double; 16 de la pleurésie; 10 une péricardite; 2 un violent catarrhe intestinal (diarrhée?), et 1 de l'albuminurie.

XXIV. Durant une période de 6 années, de 1848 à 1853, le Dr Morehead (3) à soigné à l'hôpital de Jamsetjee Jejeebhoy, de Bombay, 165 malades atteints de pneumonie; 32 succombèrent ou 1 sur 3 1/5. Les naturels

(1) *American Journal of the Med. Science*. Juillet 1856.
(2) Canstatt, 1858; III, p. 283.
(3) *Clinical Researches of Diseases in India*, vol. II, p. 315 et suiv.

Hindous sont d'une faible constitution, à ce qu'il paraît; aussi dans ces circonstances n'y en eût-il que 3 qui furent saignés, mais les sangsues furent appliquées chez 57. Le tartre émétique a été donné à 66 à la dose de 0,01 à 0,03 centigrammes toutes les deux, trois ou quatre heures; 21 prirent du calomel, 16 eurent des vésicatoires. Un certain nombre prit en outre de la quinine, de la liqueur de potasse, et des stimulants. Sur les 71 malades qui guérirent, 14 furent congédiés dans les dix jours; 25 entre le 11e et le 20e jours; 16 entre les 21e et 31e jours; 18 seulement après 31 jours. Morehead ne fait point mention du régime, mais il est d'avis qu'il faut employer les stimulants lorsque le pouls faiblit, etc.

XXV. *Traitement par les préparations ferrugineuses et cuivriques.* Kissel (1) d'Eilenburg relate 112 cas de pneumonie sur lesquels il eut 5 morts, présentant tous des complications (1 sur 22). Lorsque l'urine était alcaline, il donnait 31 grammes de teinture d'acétate de fer dans la journée; si au contraire elle était acide, cette préparation était remplacée par 6 grammes de teinture d'acétate de cuivre. La durée de l'affection a varié entre 1 et 9 jours; seulement elle a été jusqu'à 16 lorsqu'elle était compliquée du typhus. Canstatt ne nous dit point si ces cas ont été observés à l'hôpital, quelle était la nature des complications, ni à quelle sorte de régime les malades étaient soumis.

XXVI. *Traitement par les stimulants.* Le Dr Todd (2), de regrettable mémoire, abandonna le traitement de la pneumonie par les saignées et par les antiphlogistiques, à peu près en même temps que moi-même; mais il se laissa aller peu à peu à un système de stimulation. Il considérait l'alcool à petites doses, mais souvent répétées, comme un aliment, et faisait prendre 15 grammes d'eau-de-vie toutes les demi-heures, toutes les heures ou toutes les deux heures selon la gravité du cas. En même temps il alimentait son malade et ne tardait point à lui donner du beef-tea. Sur 53 malades traités suivant ce système, il eut 6 morts, environ 1 sur 9.

Médication restaurative de l'auteur, dans le but de favoriser le cours naturel de la maladie et de soutenir les forces vitales. D'après ce que je vous ai exposé précédemment, les études pathologiques auxquelles je me suis livré m'ont convaincu, il y a déjà bien des années, que les cellules du pus doivent être considérées comme des productions vivantes; partout, elles appellent un excès de sang, une bonne nutrition et un surcroît de forces vitales, destinés à hâter leur développement et à les faire passer successivement par les diverses phases de leur existence. En conséquence, je ne tente plus de couper la maladie ni d'affaiblir le pouls ou bien l'énergie vitale, mais, au contraire, je m'efforce de venir en aide aux changements nécessaires que l'exsudat doit subir afin de pouvoir être rejeté complétement hors de l'économie. A cette fin, durant la période

(1) Canstatt, 1852; III, p. 229.
(2) Clinical lectures, by Beale, p. 310.

d'excitation, je me borne à donner des sels neutres à petites doses, en vue de diminuer la viscosité du sang. Au début du traitement, je donne au malade autant de beef-tea qu'il en sait prendre; dès que le pouls faiblit, j'insiste sur l'alimentation et je fais prendre 120 à 150 grammes de vin chaque jour. Lorsque la période critique approche, j'administre un diurétique, par exemple, 2 grammes d'éther nitrique et parfois 12 gouttes de vin de colchique trois fois par jour, dans le but de favoriser l'excrétion des urates. Néanmoins, si la crise se fait par des sueurs ou par des selles, je me garde bien de l'entraver en aucune façon.

Cette manière de faire ne saurait être qualifiée de traitement diététique ni expectant, car ces expressions ont été appliquées sur le continent plutôt à la privation de toute alimentation ou de tout régime diététique qu'à cette chose elle-même. En effet, le terme de *diète absolue* des auteurs français est synonyme de privation complète de nourriture. C'est là ce qui explique le peu de succès que Grisolle a obtenu lorsqu'il a voulu essayer de la méthode expectante, ce qui, d'après lui, implique le retrait de toute alimentation, indépendamment de cela il opérait sur les intestins à l'aide d'huile de ricin et de lavements (p. 559, 2e édit.). La pathologie que j'expose n'est rien moins qu'étrange, d'après lui, et il est inutile d'en faire mention (id., p. 568). Néanmoins, comme cette manière de voir m'a procuré l'avantage de guérir tous mes cas de pneumonie, soit simple, soit double sans complications, tandis que Grisolle accuse dans ses relevés une mortalité de 1 sur 6, je me permettrai de croire que ma théorie n'est pas trop mal fondée sur l'observation, et du reste mon expérience en démontre l'exactitude.

Cependant, afin d'éviter à l'avenir tout malentendu au sujet des faits qui démontrent le succès de la méthode restaurative qui est suivie dans mes salles cliniques, je donne ci-après le tableau de tous les cas qui se sont présentés dans mon service depuis l'année 1848.

Ce tableau comprend tous les cas de pneumonie aiguë qui sont entrés dans les salles cliniques de la Royal Infirmary, que j'ai traités depuis le 1er octobre 1848 jusqu'au 31 janvier 1865. Durant cette période, mon terme de service a été d'abord de quatre mois, et plus tard de six et de trois mois, alternativement, d'année en année. Ces diverses périodes réunies forment un ensemble de 75 mois ou de six ans et trois mois. Le tableau expose les faits essentiels à chaque cas, de manière à mettre le lecteur à même de juger des effets du traitement employé. Les diverses colonnes indiquent : 1° Le numéro du cas, 2° le nom du malade; — les cas où la pneumonie était double sont signalés par la lettre D; Prol. indique ceux qui sous le rapport de la durée n'ont pas été satisfaisants; 3° l'âge; 4° l'état de santé antérieur bon, mauvais, présentant quelque particularité à noter; 5° le jour de l'entrée, à compter du premier frisson, comme indiquant l'invasion de la maladie; 6° la durée de l'affection ou le commencement de la convalescence, en comptant les jours depuis l'appa-

rition du premier frisson; 7° le nombre des jours passés à l'hôpital, ou si la maladie a débuté dans celui-ci, le nombre des jours écoulés depuis le frisson. Notons que cette période qui comprend nécessairement la convalescence, représente une durée très inconstante, car, dans maintes circonstances, elle a dû être prolongée par une foule de causes qui n'avaient aucun rapport avec la pneumonie; 8° la fréquence et le caractère du pouls au moment de l'entrée; 9° le nombre et le caractère des respirations à ce même moment; 10° le côté de la poitrine qui était pris, ainsi que l'étendue de tissu pulmonaire affecté; 11° le signe × indique que la pneumonie était compliquée d'une autre affection; 12° le traitement; 13° remarques générales; 14° enfin, le volume et la page des registres de l'Infirmerie où l'on peut vérifier les faits rapportés. Il est bon de faire remarquer que ces observations n'ont pas été relevées en vue d'un travail de statistique, mais que les renseignements sont donnés tels qu'ils ont été pris par l'élève de service dans la salle clinique et au lit du malade, en conformité avec un usage très anciennement établi. La valeur de ces notes varie donc considérablement et quelques unes laissent assurément à désirer sous le rapport des renseignements cliniques. Nous avons eu soin de signaler ces lacunes dans le tableau par un point d'interrogation.

Ce tableau a été commencé par un de mes anciens médecins résidents, le Dr Glen, dont la mort prématurée arrivée en 1863, pendant qu'il occupait la place de *Médical superintendant à Dundee Infirmary*, a privé notre profession d'un médecin remarquablement instruit et d'un commerce des plus distingués. Ce travail fut repris ensuite par les Drs Smart, Duckworth et Macdonald, qui ont été successivement mes médecins résidents durant les années 1863, 1864 et 1865, et à qui je me fais un plaisir de témoigner ma gratitude, pour les peines que ces recherches leur ont données. Ces Messieurs ont revu avec soin, et chacun en particulier, les renseignements contenus dans ce tableau; l'on ne saurait donc exiger une meilleure preuve de l'exactitude des détails qui s'y trouvent rapportés.

Digitized by Google

Tableau synoptique de tous les cas de Pneumonie aiguë traités par l'auteur, dans les salles de la clinique de la Royal Infirmary, à dater du 1r octobre 1848 jusqu'au 31 janvier 1865. — Durée absolue du service 75 mois, ou période équivalente à 6 ans et 3 mois. — Nombre moyen de lits, 40.

HOMMES.

N°	Noms.	Âge.	État de santé antérieure.	Entrée après le frisson. (jours)	Convalescence à dater du frisson. (jours)	Séjour à l'hôpital. (jours)	Pouls. Au commencement du traitement.	Respiration au commencement du traitement.	Étendue et côté entrepris.	Complications.	TRAITEMENT.	Observations. Sur la nature des cas, le genre de complication. Le violence des symptômes. Les particularités présentées par les signes physiques. Les suites, etc., etc.	Renvoi aux archives et l'hôpital. Salle 1.
1	J. Aikencross	30	Toussait tous les hivers depuis 3 ans	5	16	32	92 7	30, laborieuse	$\frac{2}{3}$ inférieur côté droit.		*Saignée* avant son *entrée*, quantité indéterminée. Antimoniaux (0,06 centigr. à 1 gr toutes les 2 heures), plus tard vésicatoire, 180 gr. de vin, alimentation.	Vigoureux ouvrier, avait aussi un peu de pleurésie; sujet à tousser durant l'hiver. Au moment de son entrée, épuisement par suite de la saignée.,	Vol. 2, p. 201.
2	B. King	40	Bon	7	14	30	112, dur	Courte	$\frac{2}{3}$ inférieur côté droit.		*Saignée* de 375 gr faite par l'interné au moment de l'entrée. Préparations antimoniales (0,06 à 0,50 centig. toutes les heures), plus tard vésicatoire, alimentation.	Malade depuis une semaine lorsqu'il est entré. A été saigné et a pris de l'antimoine.	Vol. 3, p. 6.
3	J. Foreman	54	Bon	3	8	17	100, plein et fort.	Dyspnée	$\frac{2}{3}$ inférieur C. G.		Antimoine 0,06 centigr. toutes les heures, puis potion expectorante, alimentation et porter.	Individu vigoureux entré peu de temps après l'invasion du mal; nullement épuisé.	Vol. 4, p. 141.
4	J. Kell	54	Bon	4	14	19	100, suffisamment fort	Courte et accélérée	$\frac{1}{3}$ inférieur C. G.		Antimoine 0,06 centigr. toutes les deux heures puis toutes les heures, plus tard opiacés pour faire dormir, et 90 gr. de whisky par jour.	Individu fort et pléthorique adonné à la boisson.	Vol. 4, p. 166.
5	J. M'Intyre	52	Bon	14	21	30	80, suffisamment fort	Dyspnée	$\frac{1}{3}$ inférieur C. G.		Antimoine 0,06 centigr. toutes les heures, puis seulement 0,004 milligr. toutes les quatre heures, associé aux diurétiques; plus tard vésicatoires.	Convalescence commencée peu de temps après l'entrée, mais qui s'est prolongée.	Vol. 5, p. 119.
6	R. Hogg D 1	18	Faible	14	35	64	Natural	Pas de dyspnée	2 côtés ?		Saignées, purgations, vésicatoires etc., avant son arrivée. Préparations salines, 120 gr. de vin, alimentation, plus tard astringents et opiacés pour arrêter la diarrhée.	Garçon faible, employé dans l'enseignement, traité par les anti-phlogistiques avant son arrivée, convalescence très-longue par suite d'une diarrhée survenue durant son cours.	Vol. 5, p. 95.
7	F. Farrell	53	Bon	2	23	25	100, plein et dur	Dyspnée	$\frac{2}{3}$ supérieur C. D.		0,03 centigr. d'antimoine toutes les trois heures, 120 gr. de vin, alimentation.	Le mal s'était manifesté d'abord dans le tiers moyen du poumon droit mais s'est étendu ensuite au tiers supérieur.	Vol. 6, p. 129.

8	W. Hamilton	38	?	2	14	32	100, plein	Facile	$\frac{1}{2}$ sup.C.G		Saignée locale de 250 gr. au moyen de ventouses, antimoine 0,016 milligr. toutes les quatre heures : 180 gr. de vin, vésicatoires, quinine, 0,06 centigr. trois fois par jour.	A mesure que la pneumonie diminuait, une expiration prolongée et des râles sibilents se prononcèrent au sommet ; convalescence prolongée.	Vol. 7, p. 111.
9	J. Cunilly	19	Vigoureux	5	14	34	90, plein	?	$\frac{1}{2}$ inf C.D.		Antimoine 0,05 centigr. toutes les trois heures, alimentation, douleurs rhumatoïdes traitées localement par l'acoult.	Ce malade était guéri, lorsqu'il fut pris de rhumatisme, ce qui prolongea la durée de son séjour dans l'établissement.	Vol. 8, p 174.
10	E. Lanne D 2	17	Vigoureux	4	14	14	106, fort	Facile	$\frac{2}{3}$ inf.C.G. $\frac{1}{2}$ inf. C D		Préparations salines, vésicatoires, alimentation.	Ouvrier jeune et vigoureux ayant un pouls fort ; guérison rapide quoique les deux poumons fussent entreprie	Vol. 2, p 41.
11	J Kelly	40	Pas bon	14	20	21	72, naturel	Dyspnée	$\frac{2}{3}$ inf.C.D		Sels neutres ; vin de cinchonique ; alimentation.	Homme fortement musclé ; depuis longtemps souffrant de toux et de rhumatisme	Vol 9, p 76.
12	J. Stewart	18	Vigoureux	3	7	?	100, plein et fort	précipitée	tout le C G.		*Saignée de 375 gr. afin d'alléger la dyspnée* ; plus tard application de 12 sangsues. Sels neutres ; puis alimentation et vin.	La saignée diminua la dyspnée mais bientôt que la convalescence fut lente, sa durée n'est pas spécifiée.	Vol 9, p 186
13	T. Moore	34	Faible État goutteux	2	21	33	76, naturel	?	$\frac{1}{2}$ inf.C.D.		Poudre d'opium, 0,05 centigr toutes les deux heures. Alimentation, vin.	Sujet goutteux et débilité, traité par l'opium.	Vol. 11, p 39
14	H M'Phillips. D 3	16	Bon	4	12	34	100, fort	26, difficile	$\frac{2}{3}$ inf C.G $\frac{1}{2}$ inf C.D.		Antimoine 0,02 centigr., toutes les trois heures, avec opium 0,012 milligr pour combattre l'insomnie et des douleurs générales violentes.	Ce malade est noté comme rétabli 18 jours avant sa sortie. La cause qui le fit garder à l'hôpital n'est pas indiquée.	Vol 14, p 141
15	D. Taylor	42	Toussé chaque hiver depuis 22 ans.	4	14	24	100, plein et fort	Dyspnée	$\frac{1}{2}$ inf.C G.	×	Antimoine et opium, de chaque 0,016 milligr , toutes les deux heures.	Complication de bronchite et d'emphysème.	Vol. 11, p.153
16	A. Miller	34	Bon	2	7	7	100, petit et dépressible	Dyspnée	$\frac{1}{2}$ inf.C.G.		Antimoine et opium, de chaque 0,016 milligr., toutes les deux heures.	Homme robuste Guérison rapide.	Vol 14, p.185.
17	W Gray	17	Bon	4	18	31	106. assez fort	32 difficile	$\frac{2}{3}$ inf C.D.		Antimoine, 0,008 milligr. puis 0,016 milligr. toutes les trois heures.	Ce malade était en convalescence 14 jours après son entrée La cause pour laquelle on le retint plus longtemps n'est pas spécifiée.	Vol.17, p.35.
18	S M'Donald	25	Bon	2	10	18	106, plein	46, accélérée	$\frac{1}{2}$ sup.C.D.		Antimoine 0,06 centigr. toutes les deux heures, plus tard 8 sangsues et un vésicatoire.	Ce malade est encore resté 6 jours à l'hôpital après complète guérison.	Vol 18, p 137.
19	J. Donaldson.	26	Bon	6	16	85	128. assez fort	Accélérée	$\frac{1}{2}$ inf.C.D.	×	Sels neutres : 250 gr de vin : alimentation.	Cet homme était guéri de sa pneumonie 10 jours après son arrivée ; mais il fut retenu encore 73 jours, pour une fièvre continue.	Vol.19, p.21.

N°	Nom.	Age.	État de santé antérieure.	Entrée après le frisson. (jours)	Convalescence à dater du frisson. (jours)	Séjour à l'hôpital. (jours)	Pouls. — Au commencement du traitement.	Respiration au commencement du traitement.	Étendue et côté entrepris.	Complications.	TRAITEMENT.	Observations. Sec le notere des cas, le genre de complication. La violence des symptômes. Les particularités presentées par les signes physiques. Les suites, etc., etc.	Renvoi aux registres de l'hôpital. Salle 1.
20	J. Scott	58	Mal portant depuis 4 ans	1	48	89	?	Dyspnée	⅓ inf. C. D.	X	Antimoine 0,03 centigr. toutes les quatre heures. *Saignée locale de 180 gr. au moyen de ventouses*, plus tard vésicatoire.	C'était pour la quatrième fois que cet homme était atteint de pneumonie depuis quatre ans. Jusqu'ici, il avait été traité par les anti phlogistiques; convalescence très lente par suite de bronchite.	Vol 20. p. 168.
21	J. Leggat	19	Bon	5	12	12	130, plein	30. courte	⅓ sup. C. D.		Antimoine 0,016 milligr. toutes les heures, puis toutes les deux heures.	Homme jeune et vigoureux. Guérison rapide	Vol. 21, p. 36
22	M. Mahon 1 défavor.	12	Bon	5	?	28	148, plein et fort	36	Tout le côté gauche		Antimoine 0,01 centigr. toutes les trois heures, plus tard, alimentation.	Garçon bien portant. La date de la convalescence n'est point signalée, par suite de manque de renseignements quotidiens.	Vol. 21, p. 92.
23	J. Murray	35	Toux ancienne	7	22	24	112, assez fort	Dyspnée	⅓ inf. G. D.		Antimoine 0,016 milligr. toutes les deux heures. Vésicatoires, diurétiques, 220 gr. de vin, alimentation.	Guérison retardée par une bronchite chronique.	Vol. 22, p. 135.
24	J. M'Naughton D 6	34	Mauvais	6	21	54	120, faible	44, difficile	⅔ infér. deux côtés.		Antimoine 0,02 centigr. toutes les deux heures. Diurétiques, 180 gr de vin, alimentation.	Individu faible, adonné à l'intempérance. Est arrivé dans un état d'épuisement qui a retardé sa guérison.	Vol. 22, p. 151.
25	J. Shepherd	23	Très robuste	8	17	20	84, mou	24	⅔ inf. C. G		*Saignée de 620 gr. avant son entrée*; purgations. Antimoine 0,016 millig. et 5 millig. de la solution de chlorhydrate de morphine toutes les deux heures.	Homme jeune et vigoureux, en parfaite santé. La saignée a diminué la dyspnée mais retardé la convalescence.	Vol. 24, p. 141.
26	P. Clarke	22	Un peu altérée	7	14	8	104, fort	Dyspnée	⅓ sup. C. D.		Antimoine 0,016 millig. toutes les deux heures, plus tard alimentation.	Santé générale affaiblie par une maladie antérieure. Néanmoins la guérison fut bientôt complète.	Vol. 25, p. 1.
27	P. Canvy D 5	22	Toux depuis six semaines	5	16	23	112, mou	32	⅓ inf. C. G. ⅓ sup. G. D.		Antimoine 0,016 milligr. toutes les quatre heures. Diurétiques, 90 gr de vin, alimentation.	Le tartre stibié donne de la diarrhée et on le discontinue. Bien que guéri cet homme reste encore une semaine à l'hôpital.	Vol 25. p. 104.
28	J. Proudfoot D 8	30	Toux depuis six semaines	4	21	49	100, plein et fort	32, difficile	⅔ infér des deux côtés.		Antimoine 0,03 centigr. toutes les quatre heures, vin et gin, de chaque 90 gr, alimentation.	Depuis longtemps cet homme abuse de whisky. Sa santé était affaiblie; convalescence pénible.	Vol 25. p. 127.

29	C. Bangs	41	Rhumatisant	2	13	37	80, assez fort	?	tout le C. D.		Antimoine 0,03 centigr. toutes les trois heures. Expectorants, puis astringents pour arrêter la diarrhée.	Homme adonné à l'ivrognerie et souffrant de rhumatisme chronique. Une diarrhée persistante le retient dans l'établissement.	Vol. 24, p. 5.
30	R. Simpson	53	Bon	8	13	13	?	Tranquille	1/3 inf. C. D.		Antimoine 0,016 milligr. toutes les trois heures; plus tard, stimulants et expectorants.	Cas simple, chez un homme sain, se terminant en 13 jours.	Vol. 24, p. 166.
31	A. M'Naughton	27	Bon	4	14	13	92, fort ?	24	1/2 inf. C. G.		Antimoine 0,03 centigr. et solution de chlorhydrate de morphine, 10 gouttes toutes les quatre heures; vésicatoires.	Marche naturelle d'une pneumonie simple chez un homme sain.	Vol. 23, p. 17.
32	J. M'Queir	19	Altérée	8	14	29	100, plein	42, précipitée	Tout le C. D.		*Deux saignées de 560 gr. chacune, avant l'entrée.* Antimoine 0,05 centigr., puis 0,016 milligr. toutes les trois heures.	Jeune homme dissipé, ayant une phthisie commençante. Convalescence retardée.	Vol. 26, p. 173.
33	R. Jude D 7	36	Bon	9	14	23	96, faible	30	1/2 infér. des deux côtés		On lui avait donné une *salivation profuse avant l'entrée.* Diurétiques, voir obs. civil.	L'appétit est lent à revenir, et la convalescence est retardée.	Vol. 29, p. 153.
34	J. Cogans D 8	25	Bon	4	18	38	92, fort	?	1/2 moyen C. G. 1/2 inf. C. D.	×	Préparations salines, 60 gr. de vin; alimentation.	Complication de typhus qui vient retarder la convalescence.	Vol. 29, p. 161.
35	R. Macfarlane	20	Bon	5	12	13	104, fort	26, faible	1/2 inf. C. D.		Préparations salines, puis diurétiques avec du colchique.	Cas ordinaire, guérison satisfaisante.	Vol. 35, p. 2.
36	A. Bathgate D 9	23	Pas bon	7	18	23	120, plein et dur	40	1/2 sup. C. D. 1/2 sup. C. G.		Préparations salines. Diurétiques avec colchique, 120 gr. de vin, alimentation.	Santé débilitée par suite d'ivrognerie. La pneumonie du C. G. est survenue 7 jours après celle du C. D.	Vol. 35, p. 37.
37	D. M'Phail	24	Faible	1	10	45	120, faible, puis 128, dur et rebondissant	36, haletante	1/2 inf. C. D.	×	Préparations salines; vésicatoire; alimentation, enfin quinquina et huile de morue.	Cet homme était atteint de pleurésie, au 7e jour il lui survint une pneumonie dans la salle. Convalescence de la pneumonie au bout de 17 jours, mais la pleurésie persiste.	Vol. 35, p. 192.
38	P. Robertson D 10	51	Robuste	6	11	9	100, faible	40	1/2 inf. C. D. 1/2 inf. C. G.		Alimentation et stimulants, 120 gr. de vin, cataplasmes, repos, voir obs. civ.	Sujet robuste, ayant une grande dyspnée, lividité de la face, menace de suffocation, symptômes qui diminuèrent en deux jours.	Vol. 32, p. 213.
39	S. Scougie	58	Bon	8	20	24	96, faible	Dyspnée	1/2 inf. C. D.		*Saignée de 560 gr. et antimoniaux avant son arrivée.* Alors 60 grammes, puis 120 de vin et alimentation.	Le traitement institué dès le début avait amené de la prostration, ce qui prolongea la convalescence.	Salle 2, vol. 8, p. 16.
40	J. Adams	40	Un peu ivrogne	4	14	12	110, petit et faible	Grande dyspnée	1/2 inf. C. G.		Beef-tea; viande rôtie et 90 gr. de vin par jour.	Cet homme avait encore été pris de pneumonie, 7 mois auparavant, à Glasgow, où on l'avait saigné, mercurialisé, etc., aussi sa convalescence avait elle été lente et il lui était resté longtemps une grande faiblesse. Cette fois il guérit rapidement.	Salle 2, vol. 1, p. 20.

N°	Nom.	Age.	Évacué ou sauvé intérieurs.	Entrée après le frisson. (jours)	Convalescence à dater du frisson. (jours)	Séjour à l'hôpital. (jours)	Pouls. Au commencement du traitement.	Respiration au commencement du traitement.	Étendue et côté entrepris.	Complications.	TRAITEMENT.	Observations. Sur la nature des cas, le genre de complication. La violence des symptômes. Les particularités présentées par les signes physiques. Les suites, etc., etc.	Renvoi aux registres de l'hôpital. Salle 1.
41	E. Sanders	20	Habitudes d'intempérance	4	11	18	108, petit et faible	36, tranquille	3/4 inf. C.G.		Sels neutres, alimentation et 90 gr. de vin.	Sujet faible.	Salle 1, vol. 39, p. 37.
42	Flannighan	16	Bon	8	14	?	100, mou	?	Tout le C. D.		Sels neutres, 250 gr. de vin et alimentation.	La veinne dans lequel ra cas est resté est perdu maintenant.	
43	T. Doyley	40	Bon	8	15	18	90, assez fort.	?	1/2 inf. C. G.		Sels neutres combinés avec les diurétiques; 120 gram. de vin; alimentation.	Cas simple.	Vol. 41, p. 11.
44	J. M'Farlane D 11	30	Toux ancienne; asthme; plusieurs hémoptysies.	3	9	31	95, plein et fort	40, difficile	3/4 inf. C.G. et 1/2 sup C.D	X	D'abord, 0.008 milligr. de tartrate d'antimoine associé à 2 gr. de solution d'acétate d'ammoniaque toutes les 6 heures. *Saignée locale de 125 gr.* ou *moyen de ventouses sur le poitrine*, afin de combattre la dyspnée, plus tard 125 gr. de vin par jour, alimentation. Rhumatisme traité par les alcalins à l'intérieur.	Sujet faible et chétif. Phthisie chronique datant de 10 années. Tous les symptômes de la pneumonie et de la phthisie sont des plus marqués (*cas typique*). Vers la fin survint une attaque de rhumatisme aigu qui fit prolongeer le séjour du malade à l'hôpital.	Vol 41, p. 4.
45	Ed Nugent	28	Bon	1	5	7	98, faible	? laborieuse	1/4 inf. C.G.		Stimulants pour combattre l'état spasmodique et relevée du collapsus, alimentation et 125 gr. de vin par jour, voir obs. CLVIII.	Sujet fort et vigoureux. Atteint de spasmes de l'estomac et d'une grande faiblesse; entra une heure après le début. Ranimé par les stimulants et le repos. Au bout de 5 jours une pneumonie s'était déclarée. Guérison rapide et complète.	Vol 40, p. 1.
46	J. Tait	47	Ivrogne	?	?	33	72, petit et faible	? grande dyspnée	1/2 inf. C.G		125 gr. de vin et 60 gr. de whisky dans la journée, alimentation *ad lib.*	Retenu dans l'établissement pour cause de rhumatisme chronique et d'un lichen aigu.	Vol 43, p. 169.
47	A. Robertson D 12	42	Affaibli depuis 15 mois	14	19	24	112, faible	? dyspnée	1/2 sup. deux côtés.		Diurétiques; 125 gr. de vin; alimentation.	Des symptômes de phthisie avaient précédé la pneumonie, mais il se dissipèrent.	Vol 40, p. 68.
48	J. O'Donnel	14	Bon	8	12	15	120, faible	48	1/2 sup. C.D.		125 gr. de vin par jour, alimentation liquide *ad lib.* sels neutres.	La pneumonie siégeait au sommet, mais disparut promptement.	Vol 40, p. 73.
49	R. Kay D 13	18	Bon	8	11	13	100, plein et fort	40	3/4 inf. C.G. 1/2 inf. C. D.		Préparations salines, alimentation, 125 gr. de vin.	La pneumonie débuta et fut plus intense à gauche. Il exista un peu de pleurésie	Vol 42, p. 137.

50	P. M'Shim D 14	56	Bon	3	10	26	97, force suffisante	28, oppressée	infér. deux côtés.		Préparations salines; beef-tea fort, 125 gr. de vin et plus tard 250 gr.	On est obligé de garder ce malade 10 jours après guérison, car il manque de souliers et de vêtements.	Vol. 45, p. 183.
51	W. Purdie D 15	17	Bon	2	18	13	120, plein et mou	46, précipitée	inf. C. D. inf. C. G.		Préparations salines; beef-tea fort, 125 gr. de vin.	Renvoi différé par manque de vêtements.	Vol. 46, p. 1.
52	W. Sword D 16	31	Bon	7	15	15	90, faible	44	sup. et inf. C. D. inf. C. G.		Diurétiques légers. D'emblée 30 gr. de vin toutes les 2 heures avec une cuillerée à thé d'eau-de-vie afin de combattre la prostration; plus tard on réduit à 125 gr. de vin par jour; beef-tea fort *ad lib.*	Sujet très débilité à son arrivée. Sauvé par les stimulants	Vol. 46, p. 23.
53	C. Hazard	24	Bon	6	11	9	82, fort	48, laborieuse	Tout le C. D.		Préparations salines, 125 gr. de vin, alimentation.	Sujet fort et vigoureux.	Vol. 47, p. 24.
54	J. M'Donald D 17	37	Bon	3	8	11	100, assez fort	32, oppressée	inf. C. G. inf. C. D.		Préparations salines, 375 gr. de vin réduit plus tard à 250 gr., un peu d'eau de vie.	Pleurésie légère du côté droit. Dès le 8e jour épuisement profond dont le sujet se remet grâce aux stimulants.	Vol. 46, p. 39.
55	J. M'Loueblin	28	Bon	4	8	10	88, assez fort	36, courte	Tout le C. D.		Préparations salines, alimentation, 60 gr. de vin.	Homme jeune et vigoureux.	Vol. 47, p. 160.
56	J. Baker D 18	57	Mauvais	6	14	16	104, assez fort	56, dyspnée excessive	tout le C. D. inf. C. G.	×	Préparations salines, diurétiques, 125 gr. de vin.	Toux ancienne. Palpitations et dyspnée. Rhumatisme il y a 9 ans. Régurgitation mitrale.	Vol. 46, p. 56.
57	F. Joyce D 19	19	Bon	4	8	10	104, plein et fort	48	inf. C. D. inf. C. G.		Préparations salines, alimentation, 125 gr. de vin.	Jeune homme robuste et vigoureux.	Vol. 46, p. 74.
58	F. Flinn	21	Bon	5	8	7	104, faible	44, difficile	Tout le C. D.		Préparations salines, alimentation, 125 gr. de vin.	Homme robuste. Guérison rapide bien que tout le côté droit fût entrepris.	Vol. 47, p. 66.
59	J. Brin	25	Bon	4	7	12	96, assez fort	24, tranquille	moyen C. D.		Préparations salines, alimentation, 125 gr. de vin.	Jeune homme vigoureux. Guérison rapide.	Vol. 46, p. 80
60	J. Kitchen	47	Bon	5	8	7	72, suffisam. fort	32, précipitée	sup. C. D.		Préparations salines, diurétiques, alimentation, 125 gr. de vin.	Individu adonné à la boisson. Délire. Guérison satisfaisante.	Vol. 46, p. 86.
61	J. Doran	40	Bon	5	14	16	104, suffisam. fort	36, dyspnée	inf. C. G.		Préparations salines, diurétiques légers avec colchique 190 gr. de vin, alimentation	Cas très grave.	Vol. 46, p. 157.
62	J. Allen	20	Toux	4	13	12	104, fort	? dyspnée	sup. C. D.		Préparations salines; beef-tea fort, 190 gr. de vin.	Pas de tuberculose. Guérison complète.	Vol. 46, p. 161.
63	J. Walker	37	Bon	3	7	10	92, plein	36	inf. C. G.		Préparations salines, alimentation, 125 gr. de vin.	Guérison rapide arrivant avec une légère diarrhée.	Vol. 48, p. 170.
64	W. Smith	24	Bon	5	10	12	92, faible	?	sup. C. G.		Préparations salines, alimentation, 125 gr. de vin.	Pas de tuberculose. Guérison complète.	Vol. 48, p. 137.
65	J. Gordon D 20	42	Toux	8	16	18	102, faible	?	moy. C. D. C. G.		Préparations salines, alimentation.	Bronchite. Broncho-pneumonie.	Vol. 50, p. 77.
66	P. Murray	37	Bon	3	9	10	96, fort	?	C. D.		Préparations salines et 125 gr. de vin.	Homme robuste et vigoureux.	Vol. perdu.

N°	Nom	Age.	État de santé antérieure.	Entrée après le frisson. (jours)	Convalescence à dater du frisson. (jours)	Séjour à l'hôpital. (jours)	Pouls. Au commencement du traitement.	Respiration au commencement du traitement.	Étendue et côté entrepris.	Complications.	TRAITEMENT.	Observations. Sur la nature des cas, le genre de complication. La violence des symptômes. Les particularités présentées par les signes physiques. Les suites, etc., etc.	Renvoi au registre de l'hôpital. Salle 1.
67	R. Robertson	18	Bon	5	19	31	100, suffisam. fort	Facile	$\frac{2}{3}$ inf. C.G.	×	Préparations salines, alimentation, 190 gr. de vin.	Homme robuste. Fièvre typhoïde bien caractérisée. Convalescence lente.	Vol 53, p 31.
68	A. Muirhead	30	Bon	4	10	11	105, faible	35, dyspnée	$\frac{2}{3}$ inf. C.D		Préparations salines, alimentation. 125 gr de vin.	Cas simple. Guérison rapide. Sujet robuste.	Vol. 53, p 75
69	A. Stass Prol. 3	41	Faible	?	?	31	74, faible	36, dyspnée	Tout le C. D.	×	Alimentation, 310 gr de vin.	Pleurésie abronique avec épanchement datant de 6 semaines. L'époque du début de la pneumonie ne peut être déterminée.	Vol. 52, p 43.
70	L. Shorthouse D 21	25	Bon	3	14	26	100, faible	30, dyspnée	$\frac{3}{5}$ inf C.G. $\frac{1}{5}$ sup. C.D.		Préparations salines, alimentation, 190 gr. de vin.	Jeune homme vigoureux. La pneumonie commença d'abord à droite, puis se montra à gauche.	Vol. 54, p. 69
71	J. Potter D 22	47	Bon	3	27	38	105, faible	42, dyspnée intense	tout le C.D. $\frac{1}{6}$ inf. C.G.		*Saignée de 620 gr. avant son arrivée.* Préparations salines, alimentation, 250 gr. de vin.	Affaiblissement extrême. Convalescence lente. Congédié ayant encore une légère matité au sommet du côté droit	Vol. 54, p 95.
72	B. Goldie Prol. 4	29	Bon	8	7	44	110, faible	Courtet précipit	$\frac{1}{3}$ inf. C.D.	×	*Ventouses scarifiées et purgations avant d'entrer.* Alimentation, 350 gr. de vin.	Cas de fièvre typhoïde avec des ulcérations. Guérison lente.	Vol. 55, p 99.
73	R. Lindsay	41	Bon	5	17	23	66, faible		$\frac{1}{2}$ inf C.G.		370 gr de vin, alimentation.	Homme épuisé par une semaine de diète avant son admission.	Vol. 52, p 112.
74	J. Potter	47	Faible	3	21	32	104, faible	Dyspnée	$\frac{1}{2}$ inf C.D.		*Ventouses scarifiées avant d'entrer*, la quantité de sang retirée est inconnue, 190 gr. de vin, alimentation.	C'est le même qu'au n° 71. Deuxième attaque. Congédié ayant toujours de la matité au sommet du poumon droit.	Vol 54, p 213.
75	J. Millan D 23	24	Bon	3	9	10	120, faible	66, dyspnée intense	$\frac{1}{2}$ inf C.D. $\frac{1}{2}$ inf. C.G.		Alimentation, 190 gr de vin.	Jeune homme vigoureux. Guérison rapide.	Vol 53, p 105.
76	W. Smith	22	Bon	1	5	7	100, forte suffisante	45, difficile	$\frac{1}{3}$ mon C.D.		Alimentation, 125 gr. de vin	Pleurésie très légère.	Vol. 53, p. 127.
77	Ralph Guthrie	32	Toux dep. 3 mois	5	12	28	94, faible	26	$\frac{3}{4}$ inf C D.		Alimentation, 190 gr. de vin.	Légère pleurésie avec épanchement	Vol. 58, p. 7.
78	Mark Stedman	17	Bon	6	12	11	110, faible	60, dyspnée	$\frac{2}{3}$ sup. C.D.		Alimentation, 190 gr. de vin.	Ouvrier jaune et vigoureux.	Vol 57, p. 53.
79	Geo. Fleming	22	Pas bon	?	3	23	98, faible	30	$\frac{1}{3}$ inf C.G.	×	Alimentation, 190 gr. de vin.	Pneumonie consécutive à une violente attaque de rougeole avec prostration.	Vol 57, p. 23.

80	John Devine	28	Bon	7	10	8	98, faible	60, dyspnée	2/3 inf. C D.	Alimentation, 190 gr. de vin.	Homme robuste. Guérison rapide.	Vol. 57, p 71.
81	A. Henderson	32	Bon	8	13	18	96, plein et suffisamm. fort	24, pas de dyspnée	1/2 inf. C.G.	Alimentation, 125 gr. de vin.	Homme d'une santé robuste Diarrhée au moment de son admission. Selles semblables à de la levure jusqu'au 15e jour.	Salle 10, vol. 4, p. 13.
82	J. Welch	42	Bon	3	10	14	70, mou	27	1/3 inf. C.G.	Préparations salines, cataplasmes au côté, 125 gr. de vin pour deux jours. Plus tard vésicatoire au côté.	Homme sain, adonné aux boissons spiritueuses. Avait déjà eu une pleuro-pneumonie.	Salle 1, vol 60, p. 75.
83	J. Duffie	19	Bronchites répétées	6	9	14	108, fort	28	2/3 inf. C.G	Préparations salines, beef-tea.	Bronchite étendue Guérison radicale	Vol. 50, p. 76.
84	Mich. Brannen	18	Bon	6	11	14	90, faible	84	2/3 inf. C D.	Préparations salines, alimentation, 190 gr. de vin.	Bronchite étendue Epuisé par la diète avant son admission.	Vol. 61, p. 217.
85	John Bell	32	Bon	5	12	15	96, assez fort	48, dyspnée	1/3 inf C.G	Préparations salines, alimentation, 250 gr de vin	Seconde attaque de pneumonie. Habitudes d'intempérance	Vol. 60, p. 154.

FEMMES.

Salle 11.

86	S. Flynn Prol. 8	14	Malade depuis trois mois	8	?	18	120, petit	Dyspnée	2/3 inf C.G.	*Saignée de 375 gr. neuf cas arrêtée* Tartrate antimoine 0,05 centigr. toutes les 2 heures.	Renseignements incomplets. Le commencement de la convalescence n'est point déterminé.	Vol. 1, p. 75.
87	M Dixon Prol. 6	42	Malade dep. huit sem.	?	19	32	124, mou	7	1/2 inf C.D.	Préparations salines, vésicatoire	On ne sait point quand la pneumonie a commencé.	Vol. 1, p. 131.
88	E M'Cormack D 24	40	?	8	23	23	120, dur	Étouffée	2/3 inf. C D. 1/3 inf C.G.	Tartre stibié 0,03 centigr toutes les deux heures, vésicatoire.	L'Etat de santé antérieur n'est pas spécifié	Vol. 3, p. 60.
89	A. Connor D 23	9	Pneumon, émaciation	8	21	42	132, mou	Précipitée	1/2 inf C.D. 1/4 sup. C.G.	Teinture de digitale 5 gouttes toutes les quatre heures. Lavatifs *Ensuite 8 sangsues* au côté pour combattre la douleur	Grand épuisement Excitation extraordinaire du cœur.	Vol. 3, p. 105.
90	A Donally	20	Bronch dep. longtemps	1	10	12	100, plein	Dyspnée	2/3 inf. C D.	8 *Sangsues.* Antimoine 0,06 cent toutes les heures avec 0,02 cent de poudre d'opium.	La malade était assez forte au moment de son admission.	Vol. 8, p 193.
91	M. Cowan Prol. 7	26	Tous et dyspnée depuis huit mois	?	?	32	100, faible	Dyspnée	2/3 inf C.D	125 gr. de vin Tartre stibié, 0,03 centig toutes les quatre heures *Ensuite 8 sangsues pour combattre la douleur.*	A cause de l'état maladif antérieur, il est impossible de fixer le commencement de la pneumonie.	Vol. 8, p 202.
92	M Carlin	18	?	5	10	8	100, plein	Dyspnée	3/4 inf. C.D.	12 *sangsues au côté douloureux*, 0,018 milligr. d'antimoine tartarisé toutes les trois heures, vésicatoire.	Douleur vive au côté, soulagée par les sangsues.	Vol 7, p.
93	M. Dickson	34	?	8	16	25	104, force suffisante	Dyspnée intense	2/3 inf C.D.	Antimoine, 0,03 centigr. et opium, 0,02 centigr, pour combattre la douleur Diurétiques. Plus tard, application de 12 *sangsues* et de deux vésicatoires	L'état de santé antérieur n'est pas indiqué.	Vol. 8, p 93.

N°	Noms.	Âge.	État de santé antérieure.	Entrée après le frisson. (jours)	Convalescence à dater du frisson. (jours)	Séjour à l'hôpital. (jours)	Pouls. — Au commencement du traitement.	Respiration au commencement du traitement.	Étendue et côté entrepris.	Complications.	TRAITEMENT.	Observations. Sur la nature des cas, le genre de complication. La violence des symptômes. Les particularités présentées par les signes physiques. Les suites, etc., etc.	Renvoi aux registres de l'hôpital. Salle 11.
94	B. White D 26	28	?	8	13	3	92, fort	Dyspnée	1/2 inférieur 2 côtés		Préparations salines, 8 sangsues et vésicatoire, 190 gr. de vin.	L'état de santé antérieur n'est pas indiqué.	Vol 9, p 7.
95	B. Reynolds	26	?	5	15	26	120, plein et fort	Précipitée	3/4 inf. C D.		Antimoine, 0,06 centigr toutes les deux heures, discontinué au bout de 24 heures. Plus tard 12 sangsues, 190 gr de vin, vésicatoire.	Santé générale probablement affaiblie par le lactation. Grande faiblesse succédant à des symptômes fébriles.	Vol. 5, p. 110.
96	C. M'Donald	15	Toux dep. un mois	1	10	23	100, mou et faible	36	tout le C. G.		Préparations salines, 8 sangsues et plus tard vésicatoire.	Pneumonie simple guérie régulièrement. Pas d'indication de donner du vin.	Vol 11, p. 14.
97	M Hodges	38	Bon	7	18	23	80, plein et fort	Difficile	tout le C G.		Antimoine, 0,06 centigr. toutes les quatre heures et vésicatoire au coté.	Frissons et toux, mais absence de signes physiques au moment de l'admission. Ces derniers ne se montrèrent qu'au 4e jour.	Vol. 12, p. 46.
98	M. M'Donald	20	Faible	10	18	24	66, faible	Pas de dyspnée	3/5 inf. C. D.		Préparations salines, 90 gr de vin et alimentation; en même temps, 0,04 centigr. d'antimoine; vésicatoire au côté droit.	Ce sujet avait de la toux et de la douleur dans le côté avant la maladie actuelle	Vol 12. p 119.
99	J. Smith	13	?	10	?	14	80, fort	?	1/2 inf C. D		Préparations salines et alimentation	N'avait été soumise à aucun traitement avant son arrivée, quoique il y eut déjà 10 jours qu'elle avait ressenti le frisson.	Vol 13, p. 152.
100	H. Balloch Prof. 8	18	Rhumatisme	1	16	102	100, force modérée	46	3/4 inf. C. G.	×	Antimoine, 0,04 centig toutes les quatre heures. Vésicatoire, 125 gr. de vin puis en augmentant jusqu'à 190. Alimentation. Rhumatisme combattu par les diurétiques et les calmants.	Un rhumatisme aigu avec complication cardiaque rendit le malade à l'hôpital. Le pleuro-pneumonie avait débuté deux jours après l'admission.	Vol. 4, p. 28.
101	M. Ross	35	Sujette à de la toux	3	16	53	104, faible	Laborieuse	3/4 inf. C. G.		Préparations salines unies à de petites doses de morphine, vésicatoires, 250 gr. de vin.	Diarrhée dans le cours de la convalescence qui se prolonge.	Vol 16, p. 74.
102	A. Smith	32	Faible	8	26	23	78, faible	?	3/4 inf. C. G.		Tartre émétique, 0,01 centigr. Calomel, 0,20 centigr. par jour durant une semaine, 4 sangsues. Sels neutres; vin, 190 gr. De nouveau 7 sangsues. Alimentation.	Affaiblissement antérieur. La convalescence fut lente à s'établir.	Vol. 17, p. 120.
103	M. Corrigan	25	Bon	5	14	16	96, fort	?	3/4 inf. C. G		Préparations salines légères, vésicatoire, 90 gr. de vin.	Pneumonie simple chez une femme jusque là bien portante.	Vol. 17, p 163.

104	M. Kay	40	Pas bon	6	18	43	116, faible	?	$\frac{2}{3}$ inf.C.D.		Antimoine, 0,02 centigr. toutes les deux heures, vésicatoires, puis diurétiques.	Femme faible que l'on garda trop longtemps à l'hôpital.	Vol.19, p 13.
105	B. M'Leon	16	Bon	7	17	42	120, mou	?	$\frac{2}{3}$ inf.C.D.		Antimoine, 0,02 centigr. et diurétiques.	Retenue à l'hôpital pour une pleurésie.	Vol.19, p.128.
106	M. M'Donald	40	Faible	2	8	31	130, plain et fort	32 à 36, précipitée	$\frac{2}{3}$ inf C G.		Antimoine, 0,02 centigr. toutes les trois heures, plus tard on réduit à 0,016 milligr. toutes les quatre heures, 8 sangsues.	Cette malade est une infirmière de nuit qui souffrait antérieurement de débilité et de leucorrhée.	Vol.19, p.159.
107	J. Gordon	58	Bon	8	11	86	112, rebondissant	40, précipitée	$\frac{1}{2}$ inf.C G.		Antimoine, 0,02 centig. toutes les heures, 10 sangsues et un vésicatoire. Diarrhée traitée par les astringents.	Femme robuste qui guérit rapidement mais que par incurie l'on garda encore deux mois dans l'établissement.	Vol.20, p.2.
108	J. Jackson	26	Pas bon	8	14	18	98, pas fort	Dyspnée	$\frac{1}{3}$ sup C D.		Préparations salines. Expectorants. Alimentation.	Toux et expectoration depuis 12 ans, parfois des hémoptysies	Vol 22, p 27.
109	J. Douglas D 27	22	Pas bon	1	15	81	92, mou et saccadé	32, laborieuse	$\frac{1}{2}$ inf C.G. $\frac{2}{3}$ inf C D.	×	Un rhumatisme aigu avec périsardite qui accompagna toute la durée de la pneumonie fut traité par les alcalins et les diurétiques. A la pneumonie l'on opposa des vésicatoires, les stimulants et l'alimentation.	C'était un cas de rhumatisme aigu avec affection cardiaque. La pneumonie parcourut ses périodes en 15 jours. Voir Obs. CV.	Vol.23, p.80
110	M. Armstrong	28	Robusta	1	7	12	105, compressible	22, aisée	$\frac{2}{3}$ inf.C.D.	×	90 gr. de vin, alimentation.	Un érysipèle de la face survint 5 jours après l'admission	Vol.23, p 111
111	A. Mackay D 28	42	Faible	11	18	24	120, faible	Dyspnée intense	$\frac{3}{4}$ inf C.D. $\frac{1}{2}$ mes C.G.		90 gr. de vin, alimentation.	Sujette à de la toux depuis trois ans.	Vol.28, p.69.
112	R. Dickson	60	Mauvais	7	?	8	88, faible	Dyspnée	$\frac{2}{3}$ inf.C.D.	×	Diurétiques, vésicatoires, 125 gr. de vin.	Complication d'albuminurie et de délire	Vol.29, p 66.
113	E. Drummond D 29	20	Bon	3	10	18	96, faible	30, dyspnée	$\frac{1}{3}$ inf.C.G $\frac{2}{3}$ inf C.D.		Alimentation, 90 gr. de vin.	Peu de fièvre. Pneumonia légère, bientôt dissipée à gauche. Hépatisation dense du côté droit	Vol.29, p 200.
114	J. Dunlop	17	Mauvais	1	9	19	120, faible	Dyspnée	$\frac{2}{3}$ inf.C.D.	×	Préparations salines, alimentation, 125 gr. de vin.	Complications de bronchite et de phthisie.	Vol.33, p.26
115	S. Hamlin	17	Bon	7.	15	17	96, faible	Dyspnée	Tout le C. G.		Préparations salines et éther nitrique, 30 gr. de vin toutes les deux heures, beef-tea fort ad. lib.	Très affaible au moment de l'admission.	Vol 33, p.29.
116	B. Clarke D 30	15	Toujours dep. un an	3	14	26	120, petit	36, dyspnée intense	$\frac{2}{3}$ inf.C.G. $\frac{1}{3}$ sup.C.D		Préparations salines, puis diurétiques, 15 gr. de vin toutes les demi heures. Lait frais et beef-tea à volonté.	Pneumonie double très franche. Grande faiblesse. Dyspnée considérable. Sauvée grâce au vin.	Vol.34, p 38.
117	M. Robertson	70	Bronchite	5	14	49	100, petit et faible	Dyspnée	$\frac{1}{3}$ inf.C.D.	×	Expectorants, 190 gr. de vin, alimentation.	Pneumonie compliquée d'insuffisance mitrale et de bronchite.	Vol.32, p.205.
118	A. White	15	Faible	3	11	49	115, assez fort	56	Tout le C. D.		Préparations salines, 90 gr de vin, viandes rôties.	La pneumonie disparut entièrement mais ensuite il se fit un dépôt tuberculeux au sommet.	Vol.36, p.33.
119	A. English	28	Bon	7	12	79	102, faible	Orthopnée	$\frac{1}{3}$ inf.C.D	×	Préparations salines, beef-tea 190 gram. de vin	Pneumonie précédée d'avortement et accompagnée de bronchite et de phthisie.	Vol 38, p.229.

No	Noms	Age.	État de santé antérieure.	Entrée après le frisson (jours)	Convalescence à dater du frisson (jours)	Séjour à l'hôpital (jours)	Pouls. Au commencement du traitement.	Respiration au commencement du traitement.	Étendue et côté entrepris.	Complications.	TRAITEMENT.	Observations. Sur la nature des cas, le genre de complication. La violence des symptômes. Les particularités présentées par les signes physiques. Les suites, etc., etc.	Renvoi aux registres de l'hôpital. Salle 11.
120	A. Kinniburgh	19	Toux ancienne	5	16	23	108, faible	Orthopnée	$\frac{3}{4}$ inf. C.D.	X	Beef-tea, 125 gr de vin.	Toux qui remonte à 17 ans, à la suite d'une rougeole. Pleorésie.	Vol 38, p.215
121	E Bruce	27	Toosse dep. longtemps	5	15	50	92, faible	?	$\frac{1}{2}$ inf. C.G	X	Beef-tea, 125 gr. de vin.	Toux ancienne, phthisie, pleorésie	Vol.40, p 118.
122	A Aitken	17	Bon	3	11	11	118, modérée	36, tranquille	$\frac{1}{2}$ inf. C.D.	X	Beef-tea, 190 gr. de vin.	Complication de pleorésie.	Vol.44, p 63.
123	E. Ainslie	37	Bon	4	11	13	106, faible	22	$\frac{1}{2}$ inf. C.D.		Beef-tea, 125 gr. de vin.	Pneumonie simple.	Vol.44, p.118.
124	Jessie Baxter	30	Bon	8	12	16	120, faible	65, dyspnée	Tout le C. D.		Préparations salines, 125 gr. de vin, alimentation.	Traitée ci-devant pour un abcès à l'aisselle.	Vol 42, p.165.
125	C. M'Pherson	48	Bon	8	23	21	100, mou et faible	55, dyspnée	Tout le C. D.		125 pois 190 gr. de vin, alimentation, sels neutres et vin de colchique.	Femme qui avait toujours eu une bonne santé, mais très affaiblie au moment de son arrivée.	Vol.48, p.1.

CAS COMPLIQUÉS SUIVIS DE MORT.

No.	Noms.	Age.	Étendue et côté entrepris.	COMPLICATION AYANT CAUSÉ LA MORT.	Renvois aux registres de l'hôpital.
126	T. Morrison	18	$\frac{1}{2}$ sup. C. D.	Présente dès le début une diarrhée dont on ne put venir à bout, et qui avait été provoquée vraisemblablement par les purgatifs que cette malade avait pris avant son admission. Elle succomba au bout de cinq jours, malgré l'emploi des astringents, des opiacés, de l'alimentation et un dernier lieu des stimulants. A l'autopsie, l'on constata outre une hépatisation du poumon de l'engorgement et des ulcérations étendues des follicules de jejunum et de l'iléon.	Vol.24, p.78, salle 1
127	Marg. Currie	57	$\frac{1}{2}$ inf. C. D.	Cette femme était atteinte d'albuminurie et commença par avoir de la céphalalgie et des vomissements. Elle nous arrive en 8e jour de sa pneumonie, il survient du délire et elle meurt le lendemain. On n'autorisa point l'autopsie.	Vol.1, p.139, salle 11.
128	D. Murray	43	$\frac{3}{4}$ inf. C. D.	Deux jours après l'admission, les idées se troublèrent et le malade mourut trois jours après dans le délire causé par une méningite aiguë. Voir obs. IV.	Vol.19, p 37, salle 1
129	Marg. Lamont	46	Tout le C.D.	Cette malade était en voie de guérison, lorsque survint, au 15e jour, une méningite fatale. On lui trouva aussi un anévrysme d'une valvule aortique. Voir obs. CXXIII.	Volume manquant.

Pour compléter mes observations au sujet des quatre morts qui viennent d'être citées, j'ajouterai que j'ai compulsé les registres pathologiques tenus par les Drs Gairdner, Haldane et Grainger Stewart. Je n'y ai pas trouvé moins de treize cas analogues, dans lesquels à une affection chronique, cérébrale, spinale, cardiaque, hépatique, rénale, ou à une autre maladie pulmonaire telle que phthisie ou bronchite chronique, succédait finalement une pneumonie; mais ce n'est là évidemment qu'une complication fatale venant s'ajouter à la maladie antérieure. Ces cas ne doivent donc point être considérés comme des pneumonies proprement dites. Aussi dans les registres pathologiques que je viens de citer, sont-ils rangés parmi les ramollissements du cerveau ou de la corde spinale, parmi les maladies du cœur, la phthisie, la maladie de Bright, la cirrhose du foie ou d'autres affections qui amenèrent les sujets à l'Infirmerie et pour lesquelles ils y étaient traités. Chez la plupart, c'était ce que les Français nomment la *Pneumonie des agonisants*, ou ce que nos auteurs désignent sous le nom de pneumonie chronique consécutive ou latente.

Telle est donc la liste authentique de tous les cas de pneumonie aiguë, entrés dans les salles cliniques de l'Infirmerie, durant mes périodes de service depuis seize ans. Tous ces malades ont été traités publiquement, et les observations qui les concernent sont consignées dans les registres des salles, que chacun peut consulter. Il suit donc de cette statistique que la moyenne des décès parmi les cas de pneumonie aiguë que j'ai eus en traitement à l'Infirmerie est, au mois de février 1865, de 1 sur 32 $\frac{1}{4}$. Parmi les cas non compliqués, dont le nombre s'élève à 105, il n'y a pas un seul mort, et cela, bien que l'affection chez un grand nombre d'entre eux fût très grave, envahissant chez 15 toute l'étendue d'un poumon, et chez 26 ayant attaqué en partie les deux poumons.

Chez les quatre malades qui ont succombé, la mort est due évidemment à des complications indépendantes de la pneumonie. Il faut donc voir là simplement des accidents pathologiques; car, qui oserait même affirmer que la pneumonie a contribué à ces terminaisons fatales? Ainsi, dans le tableau nous voyons bien des cas où la faiblesse était beaucoup plus considérable que dans ces quatre derniers et où la pneumonie n'en a pas moins parcouru rapidement ses périodes naturelles. Par conséquent, pour être vrai en fait de statistique *par rapport au traitement*, il faut nécessairement éliminer ces quatre derniers cas, comme le font, du reste, dans des circonstances analogues, la plupart des médecins d'hôpitaux. Il nous reste ainsi 125 cas au sujet desquels il ne sera peut-être pas inutile d'ajouter quelques considérations.

Sexe. Nous trouvons 85 hommes et 40 femmes que nous avons classés dans deux séries distinctes.

Age. L'âge moyen, pour les hommes, est de 31 $\frac{1}{2}$ ans; chez les femmes il est de 28 $\frac{1}{2}$, et pour les deux sexes de 30 $\frac{1}{2}$. Entre 5 et 15 ans, nous trouvons 1 cas, une fille; entre 10 et 20 ans, 29 cas dont 12 femmes; entre 20 et 30 ans, 55 cas dont 11 femmes; entre 30 et 40 ans, 25 cas dont 9 femmes;

entre 40 et 50 ans, 24 cas dont 6 femmes; entre 50 et 60 ans, 11 cas dont 1 femme; entre 60 et 70 ans, 1 cas, une femme; enfin, entre 70 et 80, 1 cas, une femme.

Pneumonie simple ou sans complication. Sur les 125 cas, 105 sont simples et 20 compliqués. De ces observation, 74 se rapportent à des hommes et 31 à des femmes. 79 fois la pneumonie était simple, et 26 fois elle était double. Dans ces 79, l'élève a omis 6 fois d'indiquer le jour exact du frisson ou de la convalescence; de sorte qu'il serait impossible d'en tirer une conclusion quant à la durée. Nous ne conserverons donc plus que 99 cas dont 73 simples et 26 doubles.

La *durée* de la maladie dans les 73 cas de pneumonie unilatérale et sans complication, à compter du premier frisson jusqu'au commencement de la convalescence se répartit comme suit : 2 malades étaient convalescents au bout de 5 jours; 4 en 7 jours; 5 en 8 jours; 2 en 9 jours; 8 en 10 jours; 7 en 11 jours; 7 en 12 jours; 4 en 13 jours; 13 en 14 jours; 2 en 15 jours; 3 en 16 jours; 3 en 17 jours; 3 en 18 jours; 1 en 19 jours; 2 en 20 jours; 3 en 21 jours; 1 en 22 jours; 2 en 23 jours et 1 en 26 jours. Durée moyenne 13 $\frac{2}{7}$ jours.

La durée de la maladie, dans les 26 cas de pneumonie double sans complication, en comptant à partir du frisson initial jusqu'au commencement de la convalescence, a été de 8 jours chez deux malades, de 9 chez 1 autre, de 10 chez 2, de 11 chez 2, de 12 chez 1, de 13 chez 1, de 14 chez 4, de 15 chez 1, de 16 chez 2, de 18 chez 2, de 19 chez 2, de 20 chez 1, de 21 chez 3, de 27 chez 1, et de 55 chez 1 dernier. Durée moyenne 16 jours $\frac{3}{4}$ (1).

Sur les 105 malades dont l'affection était simple ou sans complication, 9 furent saignés et soumis à un traitement antiphlogistique, avant leur entrée à l'hôpital ou au moment de leur arrivée avant que j'aie pu les voir. La quantité de sang retirée varie entre 375 et 950 grammes, cette dernière quantité en deux saignées. La durée de la pneumonie dans un de ces cas n'a pas été constatée. Parmi les 8 qui restent, 1 est entré en convalescence au bout de 7 jours; 2 au bout de 14 jours; 1 au bout de 16 jours; 1 après 17 jours; 1 en 20 jours; 1 en 27 et 1 en 55 jours. Durée moyenne 21 $\frac{1}{4}$ jours.

Le temps moyen que les malades ont passé à l'hôpital dans les cas où la pneumonie était simple et sans complication, en exceptant deux malades dont la date du renvoi n'est pas indiquée, en un mot, dans 77 cas, a été de 21 $\frac{2}{7}$ jours. Hommes (52), 18 $\frac{3}{5}$ jours. Femmes (25), 27 $\frac{1}{5}$ jours. Dans les 26 cas de pneumonie double sans complication, la moyenne de la durée

(1) Si l'on voulait exclure le cas de Hogg (n° 6) qui était un garçon chétif, considérablement affaibli encore par des émissions sanguines et le traitement antiphlogistique auxquels il avait été soumis avant son arrivée, deux circonstances qui contribuèrent à prolonger son affection pendant 55 jours, la durée moyenne de ces pneumonies doubles serait reduite alors à 14 jours seulement

du séjour à l'hôpital a été de 23 $\frac{3}{5}$ ou de 23 $\frac{17}{20}$ jours chez les hommes (20), et de 22 $\frac{2}{3}$ jours chez les femmes (6) (1).

Quant aux malades saignés au début, et qui sont au nombre de 8, (le 9e n'entrant point en ligne de compte, car le jour de son renvoi n'est point indiqué), ils sont restés en moyenne 32 jours dans l'hôpital.

L'étendue du tissu pulmonaire envahi a toujours été recherchée avec le soin le plus scrupuleux, à l'aide de la percussion et de l'auscultation; nous avons noté particulièrement le degré de matité, la crépitation, la respiration tubaire, et l'augmentation de la résonnance vocale. Dans les 95 cas simples, restant après déduction faite de 10 dont le résultat n'a pas été satisfaisant, la durée moyenne de la maladie, à compter depuis le frisson initial jusqu'au commencement de la convalescence, s'est ainsi répartie :

$\frac{3}{4}$ du poumon envahi	2 cas,	durée moyenne	8 $\frac{1}{2}$	jours.
$\frac{2}{3}$ —	12 —	—	12	—
$\frac{1}{2}$ —	25 —	—	15 $\frac{3}{4}$	—
$\frac{1}{3}$ —	34 —	—	14	—
$\frac{1}{4}$ —	6 —	—	14 $\frac{2}{3}$	—
$\frac{1}{5}$ —	1 —	—	12	—
Tout le poumon envahi	15 —	—	10 $\frac{3}{4}$	—

Sur les 95 cas, la pneumonie siégeait 58 fois à droite et 37 à gauche. Quant à la partie du poumon affectée, nous trouvons 11 fois ou $\frac{1}{9}$ des cas où le lobe supérieur seul était entrepris; la durée moyenne de l'affection a été alors de 13 jours, et celle du séjour à l'hôpital de 14 $\frac{1}{2}$ jours.

Cas compliqués Sur les 20 malades qui appartiennent à cette catégorie, nous trouvons la pneumonie 16 fois unilatérale et 4 fois double. Parmi les 16 premiers, il en est 3 dont la durée moyenne de la maladie ne peut être déterminée. Pour les 13 restants nous trouvons 1 cas guéri en 7 jours; 2 en 9 jours; 1 en 10 jours; 1 en 12 jours; 2 en 14 jours; 1 en 15 jours; 2 en 16 jours; 2 en 19 jours; 1 en 48 jours. Durée moyenne 16 jours.

Des cas doubles nous en trouvons 1 guéri en 9 jours; 1 en 14 jours; 1 en 15 jours; 1 en 18 jours. Durée moyenne 14 jours.

Une étude attentive des faits qui précèdent, servira à établir quelques vérités nouvelles comme aussi à rectifier plusieurs erreurs qui ont cours à l'endroit de la pneumonie. Toutefois, à ceux qui garderaient encore du doute sur la valeur du traitement restauratif ou qui seraient tentés de s'imaginer qu'un certain nombre de ces malades n'étaient peut-être aucunement atteints de pneumonie, je ferai observer que le diagnostic a été fait publiquement de même que le traitement, à la Royal Infirmary.

(1) Toutes ces moyennes sont beaucoup trop élevées, comme on peut s'en convaincre en parcourant la colonne des observations du tableau, nos 14, 17, 18, 19, 27, 29, 30, 31, 100, 104, 105, 107, 109 Des motifs étrangers à leur pneumonie, ont fait retenir ces malades, et, partant, la période de leur séjour, si on la rapporte à cette affection, est beaucoup trop longue.

Non seulement tous ont été examinés par moi personnellement, ainsi que par des internes et par des assistants intelligents, mais ils ont encore fait l'objet de leçons cliniques et de commentaires dans les salles. La pneumonie était donc bien franche dans tous ces cas, et le tableau qui précède renferme absolument tous ceux que j'ai eus à traiter durant la période mentionnée. Je dois ajouter, néanmoins, que par suite des mutations périodiques qui ont lieu à l'Infirmerie parmi les Professeurs de Clinique, quelques malades ont été traités par mes collègues, soit avant, soit après mon terme de service, par conséquent ont été traités en partie aussi par moi. Naturellement, ces cas ont été omis à dessein. Il est inutile d'ajouter qu'il n'a point été fait mention de deux ou trois autres malades *in extremis*, apportés par la police et qui sont morts avant même que j'aie pu les voir. Il est d'autant plus important de faire ces réserves qu'elles expliquent les différences qui existent entre les statistiques des hôpitaux et celles des cliniques. C'est donc très injustement que Grisolle en a appelé à un semblable manque de concordance entre les relevés de l'hôpital de Vienne et la statistique de Dietl, et cela en vue de mettre en suspicion les résultats de ce dernier. Tous les médecins d'hôpitaux doivent savoir que les registres généraux de ces établissements n'indiquent jamais le nombre de pneumonies aiguës qui ont été traitées cliniquement, car ils comprennent indifféremment sous la même dénomination les pneumonies consécutives, latentes et chroniques, souvent même des cas de pneumonie chez des moribonds qui ont à peine eu le temps d'arriver et n'ont été soumis à aucun traitement.

1. Le premier grand fait qui ressort des chiffres qui précèdent, c'est que la pneumonie primitive simple, qu'elle soit double ou seulement unilatérale, n'est pas une affection fatale quand on la traite par la méthode restaurative. A coup sûr, 105 cas, dont 26 de pneumonie double, doivent suffire pour établir cette proposition, surtout si l'on considère qu'ils se répartissent sur une période de seize ans et que, par conséquent, ils se sont présentés dans toutes les saisons et dans les circonstances les plus diverses. Sur ce chiffre, nous ne trouvons pas moins de 15 cas où tout un poumon était entrepris; de plus, les symptômes dans bon nombre d'entre eux étaient extrêmement alarmants. Et que l'on ne cherche point à invalider ces résultats en tâchant de les expliquer par la force, la constitution des sujets, ou le changement du type morbide, puisque, d'une part, plusieurs de ces malades n'étaient autres que de jeunes et vigoureux ouvriers, bien portants auparavant, et que, d'autre part, un certain nombre étaient des couturières faibles et épuisées. Chez ceux-là, comme chez celles-ci, la maladie suit son cours naturel, pourvu que l'économie ne soit point trop affaiblie, soit primitivement, soit par suite de l'intervention du médecin, et pourvu que l'on sache judicieusement faire usage du traitement restauratif.

2. On remarque, en général, que la prostration, les complications ou les remèdes qui affaiblissent, prolongent sensiblement, non seulement

la durée de la maladie en elle-même, mais influent encore tout particulièrement sur celle de la convalescence. On en verra des preuves aux nos 6, 20, 71, 100, 101, 104, 118 et 119 de notre tableau synoptique. Par suite, l'on conçoit aisément comment il se faisait que le traitement antiphlogistique, tel qu'il était autrefois en vogue, fût si fatal aux malades. Au reste, les recherches qu'a bien voulu faire à ma demande, le Dr Thorburn, dans les anciens registres de la Royal Infirmary, prouvent que le traitement débilitant ne manquait jamais alors d'être employé même chez les sujets faibles, bien qu'il ne le fût point avec tant de rigueur que chez les personnes robustes.

3. L'on croit généralement que l'étendue du poumon affecté doit influer sur le résultat et sur la durée de la maladie. Pour ce qui est du résultat, il a constamment été favorable à mes malades, même chez les 15, dont tout un poumon était envahi, et aussi chez les 26 qui avaient des portions des deux poumons attaquées. Dans un cas compliqué (no 56), le poumon droit en entier, ainsi que les deux tiers du poumon gauche, se trouvaient simultanément affectés; le tiers seulement d'un poumon servait à la respiration, et cependant, sans émission sanguine et avec l'aide de l'alimentation et des moyens restauratifs, la malade n'entra pas moins en convalescence le quatorzième jour de son affection et quitta l'hôpital après y avoir séjourné seize jours seulement. Pour ce qui concerne la durée, il est à remarquer aussi qu'elle n'est pas autant qu'on l'a supposé influencée par l'étendue de l'affection. Si le quart seulement d'un poumon est affecté, le mal peut s'être dissipé en huit jours; mais après cela, que l'on ait la moitié, la totalité d'un poumon ou les deux tiers des poumons envahis, la différence qui en résulte, n'est pas bien considérable. Ainsi nous trouvons les moyennes suivantes : moitié d'un poumon atteint, 15 jours; deux tiers, 14 jours; totalité, 10 jours; enfin portions de ces deux organes simultanément prises, 14 jours.

4. Depuis les observations de Louis, l'on admettait que la pneumonie était plus grave et durait plus longtemps lorsqu'elle siège au sommet plutôt qu'à la base; il se peut, du reste, qu'il en soit ainsi avec le traitement antiphlogistique. Mais avec le traitement restauratif, les faits qui précèdent démontrent que dans onze cas où l'affection était limitée au sommet, la convalescence s'est établie en moyenne au treizième jour.

5. Pas une seule fois, une pneumonie aiguë n'a dégénéré en une forme chronique, entre mes mains, ou n'est devenue gangreneuse, même chez les onze malades dont la pneumonie était limitée au sommet. Plusieurs cas néanmoins sont entrés dans l'établissement, parvenus déjà à l'état chronique : les uns par suite de négligence, les autres par suite de misère, ou même par l'effet d'un traitement débilitant, circonstances qui expliquent surabondamment le résultat auquel on était arrivé.

Sur ce grand nombre de cas, je n'ai eu d'accident que là où il existait des complications graves, ce qui me porte à penser qu'avec un traitement restauratif institué de bonne heure, l'influence de l'âge et du sexe sur la

mortalité n'est pas appréciable. Quant aux complications, elles n'ont guère plus d'action sur la durée de la pneumonie, pourvu toutefois que la santé générale ne soit point trop altérée.

7. Bien que le petit nombre des cas, où l'on avait pratiqué la saignée de la veine, démontre assez clairement que ce moyen a prolongé la convalescence chez les sujets faibles, tandis qu'il a été inutile chez ceux qui étaient forts (voir aux obs. CLIV, CLV et CLVI), il n'y a pas lieu de tirer de conclusions des autres cas, où de petites soustractions sanguines de 100 à 250 grammes, ont été pratiquées, ni par rapport à leur influence sur la marche de la maladie, ni par rapport à leur utilité, même à titre de palliatif.

Conclusions :

1. Le traitement antiphlogistique rigoureux a toujours été suivi d'une forte mortalité, s'élevant jusqu'à 1 sur 3. Cette même méthode, modifiée de diverses façons, mais en réalité, en diminuant l'énergie des moyens débilitants, en choisissant les cas, ou lorsque, sans les choisir, on avait généralement affaire à de jeunes et vigoureux sujets, a donné une mortalité qui oscille entre 1 décès sur 4 $\frac{1}{2}$ (VII) et 1 sur 13 cas (IX) (1).

2. Lorsque la moitié des cas s'est trouvée appartenir à l'enfance ou s'est rencontrée chez des sujets au-dessous de vingt ans, et que d'ailleurs le traitement n'a été que peu débilitant, la mortalité s'est abaissée jusqu'à 1 sur 28 cas.

3. Le traitement au moyen de fortes doses de tartre stibié s'est accompagné d'une mortalité qui oscille entre 1 sur 4 $\frac{1}{2}$ (X) et 1 sur 9 $\frac{1}{2}$ (XIV).

4. Le traitement diététique ou expectant a été suivi d'une mortalité qui varie entre 1 décès sur 7 $\frac{1}{4}$ cas (XV) et 1 sur 10 $\frac{9}{10}$ (XVII). Chez les enfants, d'après Barthez, les insuccès se réduisent à presque rien (XVIII).

5. Un traitement mixte, c'est-à-dire où l'on employait des moyens divers, selon la nature des cas et la période de la maladie, a donné des résultats oscillant entre 1 décès sur 3 $\frac{1}{3}$ des cas (XXIV), et 1 sur 13 $\frac{2}{3}$ (XIX).

6. Le traitement tonique avec le fer et le cuivre, d'après Kissel, s'est accompagné d'une mortalité de 1 sur 22 cas (XXV).

7. Le traitement par les stimulants d'après Todd, a donné 1 mort sur 9 cas (XXVI).

8. Le traitement restauratif, préconisé par l'auteur, ayant fourni au pis aller une mortalité de 1 sur 32 $\frac{1}{3}$ cas, est de tous ceux qui ont été publiés, celui qui s'est montré le plus favorable. Disons plus, considérant que les 4 décès en question sont le résultat de complications pathologiques tout à fait étrangères à la pneumonie, grâce au traitement que nous recommandons, la mortalité de la pneumonie simple est réduite à zéro.

9. Si les 105 cas de pneumonie non compliqués, que nous venons d'énumérer et qui se sont présentés consécutivement dans les salles de la

(1) Les chiffres romains correspondent à ceux des statistiques générales du traitement de la pneumonie, p. 294 et suiv.

clinique de la Royal Infirmary durant une période de 16 années, ont tous guéri, il est impossible de ne pas l'attribuer à la nature du traitement. Il est facile de s'en convaincre d'ailleurs, en comparant les résultats de cette méthode avec ceux des autres méthodes débilitantes, expectante, mixtes ou spécifiques.

10. Plus les autres méthodes de traitement se rapprochent du traitement restauratif, et évitent d'affaiblir l'économie, plus grands sont leurs succès. L'on observera même que tout en s'abstenant des moyens qui affaiblissent directement, si l'on restreint le régime, si l'on donne de l'opium à fortes doses, de la digitale, de l'alcool ou tout autre agent capable d'affaiblir l'économie et de diminuer l'appétit, les résultats ne sont jamais bien favorables.

11. Les différences qui s'observent avec le même traitement, mais entre les mains de médecins différents, s'expliquent donc par l'état de faiblesse plus ou moins prononcée des malades, ou par les circonstances qui l'ont favorisée ou produite, comme la diète absolue, les saignées, le tartre émétique, les narcotiques, etc., etc. Par conséquent, la voie véritable à suivre dans la pneumonie, c'est de soutenir, de restaurer (je ne dis point de stimuler) les fonctions nutritives de l'économie, en évitant tous les remèdes débilitants.

L'auteur d'un article d'ailleurs remarquable qui a paru dans la *British and Foreign Medical Review*, juillet 1858, s'appuyant sur les résultats contradictoires de toutes les statistiques, s'est efforcé de prouver que ces différences seraient sous la dépendance de lois hygiéniques ou de conditions particulières telles que l'âge, la saison, le climat, le défaut de soins au début, le degré et spécialement le type sthénique ou asthénique de la maladie. Le tableau que je viens de présenter démontre suffisamment, selon moi, l'erreur de ce raisonnement. Si l'on considère la période de temps qui s'y trouve comprise, de même que toutes les autres circonstances qui y sont mentionnées, l'on pourra se convaincre aisément que les succès réguliers qui ont suivi tous les cas exempts de complication, dépendent de ce que j'ai eu, dès le commencement, recours à l'alimentation et à une médication restaurative (1).

Obs. CLX (2). — *Pneumonie chronique affectant le tiers supérieur du poumon droit. — Abcès gangréneux. — Guérison.*

Commemoratif. — Betsy Brown, 48 ans, mariée, exerçant le métier de lavandière, est entrée à l'Infirmerie le 12 septembre 1856. Elle avait constamment joui d'une bonne santé, lorsque, le 22 du mois dernier, après avoir été exposée au

(1) Le nombre de cas de pneumonie traités dans le service clinique du Dr Bennett jusqu'au mois de février 1871, s'élève à 169. Sur ce nombre, il y eut 42 pneumonies doubles et 5 morts, ce qui fait une mortalité moyenne de 1 sur 33 ⅓. L'observation du dernier cas de mort (le 5e) se trouve relatée à l'article *Urémie*.

(2) Recueillie par M. John Glen, élève du service.

froid et à l'humidité, elle fut prise de frissons suivis de chaleur, mais sans céphalalgie, ni soif, ni perte d'appétit. Bientôt survint de la toux avec expectoration. Depuis lors ces symptomes ont persisté. Il y a deux jours elle a craché à peu près une cuillerée de sang.

Symptômes a l'entree. — La malade se plaint de douleur dans l'hypochondre droit sous les fausses côtes, toutefois cette douleur n'augmente point dans l'inspiration. A la percussion, l'on trouve de la matité au sommet, en avant et à droite, ainsi que dans tout le tiers supérieur du même côté en arrière. Partout à l'endroit de cette matité, la respiration est rude et s'accompagne de quelques râles ronflants à l'expiration. La résonnance vocale est considérablement accrue. Les crachats sont peu abondants, tenaces, purulents, panachés de stries brunâtres. Le poumon est sain partout ailleurs; l'on n'entend aucun bruit de friction. Vertiges légers, tintement d'oreilles, sentiment de faiblesse. Pouls à 80, régulier et modérément fort. Matité hépatique normale. Rien à noter dans les autres fonctions. Preser. : *Teinture d'opium camphrée*, 15 *grammes. Vin d'ipéca*, 8 *grammes. Mixture de scille q. s. pour une potion de* 185 *grammes. En prendre une cuillerée trois ou quatre fois par jour.*

Marche de la maladie. — 14 *septembre.* Expectoration plus libre. *Appliquer un vésicatoire à la face antérieure et supérieure du côté droit de la poitrine.* — 29 *septembre.* Il ne s'est pas produit de changement notable; seulement, avant hier, la malade a rendu ses aliments, s'est plaint de céphalalgie et a présenté quelques symptômes fébriles. Pouls à 80, faible; pas de frisson; constipation. *Mixture saline avec* 120 *grammes de rin.* 15 *grammes d'huile de ricin.* — 2 *octobre.* Depuis quelques jours les crachats ainsi que l'haleine ont pris une odeur repoussante. Ces crachats rejetés en abondance sont purulents et ont une couleur tirant sur le jaune sale. De fins râles crépitants s'entendent à l'inspiration sous la clavicule et jusqu'au niveau de la troisième côte. L'expiration est prolongée et s'accompagne de râles sibilants. En arrière, à l'endroit de la matité, la respiration ne s'entend que faiblement. Dans les deux tiers inférieurs du poumon droit, murmure respitoire fortement exagéré. Affaiblissement très marqué. *Donner* 190 *grammes de vin par jour.* — 5 *octobre.* En arrière et à droite, l'on entend des râles humides, lesquels deviennent très gros au-dessous de l'épine de l'omoplate. Expiration prolongée, bruyante, comme à travers un tube. Immédiatement au-dessous de l'épine de l'omoplate, la résonnance vocale devient de la bronchophonie. — 10 *octobre.* La malade a continué d'être très faible, avec un pouls misérable à 80, et cela malgré l'emploi du vin et de l'alimentation pour lesquels, du reste, elle ne se sent pas de goût. Joues injectées. Peau chaude. Symptômes fébriles généraux. Expectoration abondante, toujours fétide et fortement colorée par un sang foncé. On n'y découvre au microscope aucun débris de tissu pulmonaire. En arrière, immédiatement au-dessous de l'épine de l'omoplate, les râles humides sont très gros et la résonnance bronchiale de la voix devient presque de la pectoriloquie. *Continuer l'alimentation et le vin.* — 20 *octobre.* L'expectoration a diminué peu à peu d'abondance, et les gros râles humides ont également disparu en arrière, du côté droit. L'on perçoit à présent une respiration caverneuse et de la pectoriloquie au-dessous de l'épine de l'omoplate du côté droit. — 11 *décembre.* La malade a passé par des alternative de mieux et de pire, l'expectoration arrivant tantôt copieuse, tantôt peu abondante, mais sans fétidité. Avec l'expectoration abondante reparaissaient les râles humides et l'expiration plus ou moins sibilante en arrière et à droite. Durant quelques jours il était survenu de la rudesse à l'inspiration au sommet du poumon droit en même temps qu'une expiration prolongée, mais sans matité à la percussion et sans augmentation notable de la résonnance vocale. La malade a pris de *l'huile de foie de morue.* — 26 *décembre.* La santé générale s'est améliorée graduellement. L'appétit est revenu et cette femme est aujourd'hui en état

de rester assise toute la journée, Plus aucun râle humide à droite, mais persistance d'une respiration tubaire bruyante et de l'augmentation de la résonnance vocale. — 20 *janvier*. La malade semble très bien depuis quelque temps et prétend qu'il ne manque plus rien à sa santé. Cependant, la respiration tubaire ainsi que la résonnance bronchophonique de la voix et la matité à la percussion persistent toujours en arrière et dans le tiers supérieur du poumon droit. En même temps, au sommet gauche, l'inspiration est un peu rude et la résonnance de la voix augmentée. La malade est congédiée.

Commentaire. — Voici une femme de 48 ans, qui nous dit avoir constamment joui d'une bonne santé. Elle est attaquée d'une fièvre modérée, de toux avec expectoration et présente tous les signes physiques d'une pneumonie du tiers supérieur du poumon droit. Les crachats deviennent fétides et il se forme un abcès gangréneux dont elle guérit lentement sous l'influence de l'alimentation et du vin, mais en conservant toutefois comme suite de cette lésion une condensation manifeste du tissu pulmonaire affecté. Dans les cas de ce genre, il est extrêmement difficile de distinguer cette affection d'une phthisie. Au reste, la distinction pathologique entre une pneumonie chronique et une phthisie pulmonaire n'est pas bien considérable. D'ailleurs, cette dernière affection tout en devenant la maladie réelle, peut s'être entée sur la première, comme nous en verrons un exemple dans l'observation suivante.

Obs. CLXI (1). — *Pneumonie chronique double, avec ulcération. — Mort. — Hépatisation considérable avec cavernes et dépôts pigmentaires dans les poumons. — Tubercules chroniques dans divers organes. — Maladie des deux capsules surrénales sans teinte bronzée de la peau.*

Commémoratif. — John Cunningham, 52 ans, marié, cordonnier, est reçu à l'hôpital le 8 décembre 1856. Il raconte qu'il était bien portant lorsqu'il y a trois mois, s'étant échauffé à marcher, il ôta une partie de ses vêtements. En revenant chez lui, il se sentit pris de frissons et d'une douleur violente dans la poitrine ainsi que dans les régions lombaires. Un violent rhume s'ensuivit, néanmoins il continua son travail jusqu'à ce que, trois semaines après, il se trouvât incapable de rien faire. Un vésicatoire appliqué ce matin avant son arrivée l'a soulagé un peu de sa douleur.

Symptômes a l'entrée. — La percussion sur la face antérieure du côté gauche de de la poitrine y produit une résonnance presque tympanique, néanmoins le ton est un peu mat, et s'accompagne d'une sensation marquée de résistance pour les doigts. Dans le second espace intercostal il se produit un bruit de pot fêlé. Du côté droit, la résonnance est plus pleine et moins tympanitique, toutefois elle a aussi un léger caractère de matité. En arrière aussi, le son n'est pas parfaitement clair et le ton a un léger caractère de matité. A l'auscultation, on découvre une augmentation notable de la résonnance de la voix au sommet, ainsi que dans la région sus-scapulaire du côté gauche; ailleurs elle est normale. Au sommet du côté gauche, l'inspiration et l'expiration ont un caractère soufflant et caverneux; l'expiration est prolongée. Quand on fait tousser le malade on perçoit de fins râles humides à la fin de l'inspiration. Sur les côtés, il existe plus ou moins de gros râles humides à

(1) Recueillie par M. W. Guy, élève du service.

l'inspiration ; l'expiration est bruyante. Du côté droit, on perçoit les mêmes râles humides mais encore plus gros, non seulement à l'inspiration mais aussi à l'expiration. En arrière, le murmure respiratoire est un peu fort. Pas de râles humides, si ce n'est à la région sus-scapulaire droite. L'expiration est partout prolongée. Une toux violente ramène une grande quantité de mucosités spumeuses, tenaces, d'une teinte sale noirâtre, striées d'un peu de sang. Pouls à 88, petit et faible. Urines rendues en petite quantité, d'une pesanteur spécifique de 1020, d'une coloration foncée, laissant un dépôt copieux d'urates. Abondance de chlorures. Autres fonctions normales.

Marche de la maladie. — *11 décembre.* Sous la clavicule gauche, râles caverneux rudes, aux deux temps de la respiration, s'accompagnant d'une crépitation faible, mais distincte et de bronchophonie. A la partie postérieure du thorax du côté gauche, respiration tubaire, bruyante, aux deux temps; à la partie inférieure, crépitation fine mêlée, vers la fin de l'inspiration, à un murmure sibilant très perceptible. — *15 décembre. On applique un vésicatoire sur le sternum.* — *17 décembre.* Le malade se plaint de ne pas digérer et d'avoir la fièvre. Pouls à 100, dur mais compressible. Prescr. : *Acétate de potasse, 4 grammes. Solution d'acétate d'ammoniaque, 31 grammes. Eau, 150 grammes. M. En prendre une cuillerée toutes les trois heures.* — *18 décembre.* L'état fébrile a disparu ; crachats d'un brun foncé, nullement fétides. Au microscope, on y découvre une quantité de cellules de pus bien formées, mais point de tissu pulmonaire. — *23 décembre.* Le malade est au régime nourrissant et prend 125 grammes de vin. Il dit qu'il mange toute sa portion et désire s'en aller; cependant la faiblesse l'en empêche. — *2 janvier.* Facies affaissé, pâle et terne. Langue recouverte d'une croûte brune, sèche, dure et fendillée. Pouls à 108, faible. La nuit, toux violente qui empêche de dormir. Pas de changement dans les signes physiques. Le malade est incapable de s'asseoir sans aide; il meurt à 1 h. de l'après-midi.

Autopsie. — Quarante-sept heures après la mort.

Thorax. — Le lobe supérieur, ainsi que la moitié supérieure du poumon droit sont condensés et indurés. A la coupe ce tissu présente une surface d'un gris de fer tirant sur le noir. Au sommet il existe une cavité de la dimension d'une noix qui ressemble à une caverne d'origine tuberculeuse. La portion inférieure de ce même poumon est aussi un peu condensé, mais son tissu est plus spongieux. Tout le poumon gauche est condensé et induré. A la coupe on y observe partout la même couleur gris de fer que nous venons de constater, excepté à la base où se rencontrent des masses hépatisées d'un rouge sale, dont le volume varie depuis la grosseur d'une noisette jusqu'à celle d'une noix. Les portions de tissu condensé plongent au fond de l'eau. Au sommet et à la face postérieure de ce poumon, sous la plèvre qui est adhérente, se trouve une cavité de dix centimètres de long sur deux et demi de large; les parois de cette cavité sont formées par un tissu irrégulièrement dilacéré. Elle communique avec plusieurs autres qui sont plus petites et anfractueuses. Cœur normal.

Abdomen. — Constriction simple, encore peu avancée de l'orifice pylorique de l'estomac. Sur la surface muqueuse de l'intestin, depuis la terminaison de l'iléum jusqu'à une distance de cinquante centimètres du duodenum, on remarque une multitude de cicatrices d'anciennes ulcérations, à bords renversés, ayant tiraillé et ridé la muqueuse tout autour d'elles. Le gros intestin renferme aussi quelques cicatrices semblables. Les glandes mésentériques sont légèrement engorgées, et renferment une matière jaune de nature tuberculeuse. La capsule surrénale du côté droit est épaissie et indurée, elle pèse au-delà de 18 grammes. Elle est infiltrée dans toute son étendue d'une matière jaune opaque, semblable à du tubercule de consistance solide, mais s'écrasant sous les doigts. C'est tout au plus si un

dixième de la glande a conservé sa texture normale. Deux masses tuberculeuses de la grosseur d'une aveline se rencontraient dans la capsule surrénale gauche, dont le tissu est induré tout autour. Un quart de sa texture est resté normal. Les autres organes ne présentent rien à noter.

Examen microscopique. — Dans le liquide qui suinte du tissu pulmonaire hépatisé et de couleur gris de fer ou noirâtre, on trouve : 1° une multitude de grandes cellules granuleuses ; 2° beaucoup de cellules pigmentaires ; 3° des cellules épithéliales incolores, isolées ou agrégées en masses ; un certain nombre de ces cellules sont parfaitement incolore et ressemblent à celles des tissus qui ont subi la dégénérescence cireuse ; 4° quelques corpuscules amyloïdes et colloïdes ; 5° une foule de granules pigmentaires et graisseux qui flottent librement. Sur une coupe pratiquée à l'aide du couteau de Valentin, on voit ces éléments infiltrés entre tous les éléments du tissu pulmonaire. Quant au liquide de l'hépatisation rouge sale de la base du poumon gauche, il contient une multitude de cellules de pus et des cellules épithéliales, comparativement peu de cellules granuleuses et point de pigment. L'exsudat gris que nous avons vu disséminé çà et là et qui ressemble à du tubercule infiltré, se compose d'une matière moléculaire amorphe. Les masses jaunes trouvées dans les capsules surrénales présentent tous les caractères du tubercule.

Commentaire. — Au dire de cet homme, qui semblait très intelligent, son affection pulmonaire avait commencé trois mois avant son arrivée ici, et de la façon relatée plus haut. Il prétendait n'avoir jamais été malade auparavant. Néanmoins l'examen du cadavre nous a révélé les lésions d'une maladie tuberculeuse chronique, à la fois dans les poumons, dans les intestins, dans les glandes mésentériques et dans les capsules surrénales. Toutefois, la fièvre, l'ulcération rapide des deux poumons et la prostration consécutive, de même que dans l'observation qui précède, étaient selon toute apparence le résultat d'une pneumonie passée à l'état chronique. Dans ce cas, la vitalité n'a pas été suffisante pour effectuer ces changements rapides qui, nous l'avons vu, sont un des traits caractéristiques de la pneumonie aiguë. Quant au diagnostic différentiel entre une affection de cette nature et une phthisie pulmonaire, je le considère comme impossible. Les deux formes d'exsudat présentent des caractères physiques et vitaux similaires. Dans ce cas, de même que dans celui qui précède, ni l'aspect général du malade, ni l'histoire de son affection ne faisaient naître l'idée d'une phthisie. Au reste, au point de vue pratique, il importe peu que nous ayons affaire à une forme abortive (low) d'exsudat chez un jeune sujet où nous l'appelons tubercule, ou à un exsudat analogue chez une personne plus âgée où nous le considérons comme le produit d'une pneumonie chronique. Dans le cas présent, néanmoins, il y avait des tubercules chroniques dans plusieurs organes et entre autres dans les deux capsules surrénales. La peau n'a certainement jamais eu la teinte bronzée.

Obs. CLXII (1). — *Gangrène des poumons.* — *Dysentérie.*

Commémoratif. — Thomas Marshal, 29 ans, ramoneur, entré le 23 novembre 1852,

(1) Recueillie par M. W. M. Calder, élève du service.

raconte qu'il a toujours toussé un peu depuis bien des années. Il y a huit semaines, sans cause à lui connue, il a été pris de frissons suivis bientôt d'une aggravation de sa toux, de diarrhée, de violentes coliques dans le ventre et d'envies fréquentes d'aller à la garderobe, avec épreintes et tenesme violents. Il a remarqué un peu de sang dans les selles, parfois même elles ne consistaient guère que dans une cuillerée de sang mêlé d'un peu de mucus spumeux. Les envies d'aller à la garderobe étaient si fréquentes dans le principe, qu'il ne saurait même dire approximativement le nombre de fois qu'il s'y présentait dans une journée. Il fut demander avis dans un dispensaire, et, à la suite du traitement suivi, cet état s'amenda un peu, sans que néanmoins la diarrhée ait jamais cessé complètement. Depuis huit semaines la toux s'est considérablement aggravée et l'expectoration a augmenté de quantité. Deux jours avant son entrée le malade a observé que ses crachats prenaient une teinte rouge sale; auparavant, ils étaient formés de masses purulentes épaisses, sans coloration spéciale. Il dit que depuis huit à dix semaines il s'est affaibli et a maigri considérablement; toutefois, sa maigreur actuelle n'est pas extrême. Malheureusement, depuis lors aussi, son alimentation a laissé beaucoup à désirer, tant sous le rapport de la qualité que sous celui de la quantité; jusque là, il avait toujours pu se donner une bonne nourriture. N'oublions pas d'ajouter qu'il s'est adonné à l'usage immodéré des spiritueux et qu'il a eu plusieurs accès de delirium tremens.

Symptômes a l'entrée. — La poitrine est partout sonore à la percussion, excepté au tiers supérieur du poumon droit, où il existe un peu de matité. Le murmure respiratoire s'entend dans toute la poitrine, mais il est rude et exagéré sous la clavicule droite, et la résonnance de la voix y est considérablement augmentée. En arrière, matité comparative et augmentation de la résonnance vocale dans toute l'étendue du côté droit, principalement au sommet. Dans le tiers inférieur du même côté, l'oreille perçoit une crépitation fine lorsque l'inspiration est forcée. L'expectoration est abondante et consiste en un mucus spumeux et tenace, d'une couleur brune sale; elle devient plus liquide après un certain temps de repos; elle a une odeur repoussante. Examinée au microscope, elle laisse voir un grand nombre de cellules de pus, quelques globules sanguins et une grande quantité d'épithélium désagrégé. La poitrine n'est le siége d'aucune douleur; la respiration n'est pas embarrassée, mais la toux est fatigante surtout la nuit, quand elle arrive sous forme de paroxysmes. La langue est sèche et recouverte d'un léger enduit d'un jaune sale; soif habituelle, mais appétit bon. Pas de nausée, mais grande tendance à vomir lorsque la toux est forte. Le malade ne ressent aucune gêne dans le ventre, au repos, mais lorsqu'il va à la garderobe, il éprouve régulièrement des coliques. Dans la région iliaque droite, sur un espace d'environ cinq centimètres, la percussion détermine une sensibilité anormale bien marquée. Hier, il a eu six selles très copieuses, formées par un liquide nullement épais et de couleur rouge brunâtre. Au microscope, on y découvre beaucoup de globules sanguins. L'urine est normale, rendue en petite quantité. On remarque un léger tremblement des mains mais aucun autre indice de delirium tremens. Les autres fonctions s'exécutent normalement. Prescr.: *Teinture d'opium*, 8 *grammes. Teinture de cachou*, 15 *grammes. Confection aromatique*, 8 *grammes. Mixture calcaire*, 150 *grammes. M. Une cuillerée toutes les quatre heures. Passer un lavement contenant* 4 *grammes de teinture d'opium.* Pr.: *Ether sulfurique*, 40 *gouttes; Mucilage*, 8 *grammes; Mixture camphrée*, 31 *grammes. A prendre en une fois à l'heure du coucher. Régime nutritif et* 125 *grammes de vin.*

Marche de la maladie. — 26 *novembre.* Hier, le malade a eu neuf à dix selles aqueuses, avec des traces évidentes de sang, et s'accompagnant toujours de fortes coliques. Toux violente; expectoration copieuse. — 1 *décembre.* La diarrhée continue nonobstant l'emploi régulier de la potion astringente et des lavements

opiacés. Peau chaude et sèche, avec grande soif, appétit mauvais. Prescr. : *une pilule de plomb et d'opium de 0,30 centigrammes toutes les trois heures.* — 2 *décembre.* Le malade a eu quatre selles depuis la nuit, féculentes mais très liquides, toutefois sans trace de sang. Il se sent très faible et se plaint beaucoup de douleur dans la poitrine, spécialement du côté droit. En arrière et dans tout ce côté, on trouve, en percutant, une augmentation de la matité, surtout au tiers inférieur. En même temps, il y a augmentation de la résonnance vocale, on pourrait même dire de la pectoriloquie dans la région sus-scapulaire. Râles humides bruyants, semblables à du gargouillement, dans le côté droit, à la face postérieure. A gauche, la respiration est rude et exagérée, forte résonnance de la voix. Expectoration et haleine fétides. *Cesser les pilules d'opium et de plomb et continuer la potion prescrite le* 24. — 6 *décembre.* La diarrhée a diminué, mais il reste une grande faiblesse et une toux fatigante. En même temps on trouve de la crépitation et une augmentation de la résonnance de la voix en arrière dans tout le côte gauche. *Donner* 90 *grammes d'eau-de-vie.* — 9 *décembre.* La diarrhée a reparu; les selles sont fécales mais très liquides et contiennent beaucoup de sang. *Lavement à l'amidon avec* 6 *grammes de teinture d'opium.* — 14 *décembre.* La diarrhée avait cessé plus ou moins, mais hier elle a reparu aussi forte que jamais. Beaucoup de douleur dans le bas ventre, épreintes et tenesme. Pouls à 100, petit et faible, mais régulier. *Les lavements opiacés ont été continués tous les soirs, et le malade a pris de l'éther chlorique et une potion à la morphine pour combattre sa toux spasmodique. On appliquera sur l'abdomen un vésicatoire de dix centimètres sur sept et demi, et la ration de vin sera portée à* 190 *grammes.* — 18 *décembre.* Le malade avait beaucoup gagné, mais aujourd'hui, la diarrhée est encore revenue. La toux est très pénible, les crachats sont colorés par du sang. En arrière et du côté droit de la poitrine, on entend partout une sorte de gargouillement rude et un bruit presque métallique lorsque le malade tousse. A gauche, râles muqueux. La fétidité de l'haleine et des crachats n'a fait qu'augmenter. Prescr. : *Solution de chlorhydrate de morphine,* 4 *grammes. Continuer les* 190 *grammes d'eau-de-vie.* Pr. : *Teinture de cachou,* 4 *grammes. Mixture calcaire,* 31 *grammes. Esprit d'ammoniaque aromatique,* 2 *grammes. M. A prendre en une fois à l'heure du coucher.* — 1 *janvier.* Le malade est mort ce matin à 5 heures. Depuis quinze jours les symptômes n'avaient guère changé. Un jour seulement, l'on crut qu'il se mourait, mais le lendemain il était revenu à son état antérieur. Cependant, la diarrhée continuait avec une douzaine de selles en moyenne dans les vingt-quatre heures. Ces selles consistaient en une petite quantité de matière foncée mêlée à du mucus et parfois avec un peu de sang. La potion à l'ammoniaque et les astringents ont été continués jusqu'à la fin, ainsi que les lavements opiacés dont on administrait deux chaque jour.

Autopsie. — Trente et une heures après la mort.

Corps très amaigri.

Thorax. — Cœur et péricarde normaux. Poumon droit réuni à la paroi thoracique au moyen de fortes adhérences générales de nature pleurétique. Cet organe ayant été enlevé et coupé en deux, on découvre une cavité noire gangréneuse de douze centimètres et demi de long sur dix de large et qui s'étend dans les deux lobes supérieur et moyen. Elle contient une matière extrêmement fétide, de couleur olivâtre, diffluente et sans aucune structure distincte. Les parois de la cavité sont tapissées par une membrane ferme de tissu fibreux condensé, mais dont la face interne est de consistance pulpeuse et d'une coloration brune noirâtre. Le tissu pulmonaire avoisinant est hépatisé et friable, du moins en arrière et au-dessous de cette excavation qui présente quelques anfractuosités aussi de nature gangréneuse. A sa partie antérieure, le poumon est emphysémateux et présente çà et là

quelques portions de son tissu revenu sur lui-même. Le poumon gauche, en arrière, a contracté des adhérences pleurétiques avec la paroi du thorax. Après l'avoir enlevé et fendu en deux, on voit que le lobe inférieur ainsi qu'une portion attenante du lobe supérieur sont congestionnés et d'une coloration rouge de brique. Il est en outre hépatisé et densifié en divers endroits; il contient plusieurs cavités, renfermant des morceaux de tissu gangréneux brunâtre, depuis la grosseur d'un poix jusqu'à celle d'un œuf de pigeon; ces cavités communiquent plus ou moins entre elles.

Abdomen. — La surface muqueuse du cæcum et du colon ascendant est toute couverte d'ulcérations irrégulières d'étendue variable, depuis la largeur d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'un pièce de cinquante centimes. Quelques-unes d'entre-elles sont évidemment anciennes et en voie de cicatrisation; elles ont des bords épais et taillés à pic et une base granuleuse bleuâtre. Des ulcères semblables mais beaucoup moins nombreux sont encore disséminés dans toute l'étendue du côlon transverse et descendant. Rien à noter dans les autres organes abdominaux.

Commentaire. — Ce cas nous offre un exemple de pneumonie double, devenue gangréneuse et associée à une dyssenterie aiguë, chez un sujet dont la constitution avait été altérée antérieurement par l'abus des boissons fortes. La dysenterie se montre généralement avec plus ou moins d'intensité durant les mois d'automne, à Édimbourg. Chez Marshall, elle est arrivée tout à coup, sans cause connue, dans le mois de septembre. Elle s'est annoncée par des frissons, suivis d'évacuations purulentes et sanguinolentes, s'accompagnant de tenesme et de douleurs abdominales. A peu près en même temps survinrent du côté de la poitrine des symptômes qui vraisemblablement n'étaient pas encore de la vraie pneumonie. Celle-ci, même lorsque le malade nous est arrivé, était encore limitée, et ce n'est que plus tard qu'elle prit une marche assez rapide. C'est donc à la dysenterie qu'il faut probablement rapporter les symptômes fébriles qui existaient alors. Cette affection a d'ailleurs suivi sa marche ordinaire, produisant des ulcères gangréneux sur une grande étendue de la surface muqueuse du gros intestin. L'irritation et les évacuations qui en furent la suite et qu'on ne put arrêter, finirent par abattre complétement le malade, et sont en grande partie la cause de sa mort.

Il est rare de rencontrer des cas de gangrène des poumons, mieux caractérisée que chez cet homme. Elle était large et circonscrite dans le poumon droit, étendue et diffuse dans le poumon gauche. Il ne me paraît guère possible de douter que cette gangrène n'ait été précédée par une pneumonie double, car nous avons pu en constater tous les signes fonctionnels durant la vie, et, après la mort, nous voyons les cavités gangréneuses entourées de toutes parts de tissu pulmonaire manifestement hépatisé. Il y a donc tout lieu de présumer que c'est à la même cause générale qui a produit les ulcérations gangréneuses de l'intestin, qu'il faut attribuer la gangrène des poumons. Le défaut d'énergie vitale de l'organisme a entravé les transformations nécessaires à l'absorption de l'exsudat, lequel, par suite, s'est mortifié et a subi la putréfaction. La gangrène inflammatoire et l'ulcération sont toutes deux l'effet de la mort de l'exsudat, mais la première seulement s'accompagne de modifications chimiques particulières, qui

déterminent la putréfaction. Le seul symptôme qui la décèle, c'est la fétidité de l'haleine et des crachats; or, chez Marshall, il était déjà très manifeste au moment de son entrée à l'hôpital et il n'a fait que s'aggraver dans la suite. Dans le cas qui va suivre, j'ai pu diagnostiquer une excavation gangréneuse dans le poumon droit et la distinguer d'une caverne tuberculeuse, en me basant, d'une part sur la fétidité et, d'autre part, sur la situation et sur la délimitation de la cavité.

Obs. CLXIII (1). — *Abcès gangréneux du poumon droit, causé par un fragment d'os de poulet avalé quatre ans et demi auparavant.*

Commémoratif. — Thomas Neal, 27 ans, laquais, entré le 4 décembre 1848, a toujours eu des habitudes de sobriété. Il raconte qu'il y a quatre ans et demi, ayant poussé un éclat de rire pendant qu'il était occupé à manger un morceau de poulet, il avait tout à coup été saisi d'un accès de toux, accompagné d'un sentiment de suffocation et de lividité de la face. Il croit qu'il a avalé un fragment d'os, mais n'en est pas certain. Quoi qu'il en soit, par suite de cet accident, il ressentit une vive douleur traversant la partie inférieure de la poitrine, en même temps qu'un chatouillement qui le faisait tousser et s'accompagnait d'un bruit de ronflement dans la gorge. Au bout d'une heure tout était passé et il reprenait ses occupations. La toux néanmoins continua et, trois mois plus tard, s'accompagnait d'une expectoration spumeuse qui ne fit qu'augmenter. Il y a environ trois ans, il entra à St-Georges Hospital, à Londres, mais on le congédia au bout de quinze jours. Peu de temps après, il remarqua du sang dans ses crachats, lesquels prirent une odeur fétide. Depuis lors, il n'a plus cessé de tousser et de cracher une matière fétide mêlée à plus ou moins de sang.

Symptômes a l'entrée. — Le malade se plaint d'une toux fréquente, avec expectoration profuse d'une matière visqueuse, légèrement aérée, teinte de sang et répandant une odeur de gangrène. Il est pâle quoique loin d'être maigre. Quand on percute la poitrine, on trouve une matité considérable dans les deux tiers inférieurs du poumon droit, aussi bien en avant qu'en arrière. Dans un endroit situé un peu au-dessous du mamelon droit, la matité est là plus marquée. A l'auscultation, on constate une augmentation de la résonnance vocale dans tout le côté droit du thorax, mais principalement au point où la matité est le plus prononcée, au-dessous du mamelon. En arrière et vers le milieu du poumon, on observe dans une étendue de cinq centimètres carrés un gargouillement parfaitement circonscrit. A ce point correspond également une pectoriloquie bien caractérisée. Dans toutes les autres parties du poumon, le murmure respiratoire est rude et s'accompagne çà et là de râles muqueux et sibilants. Ces symptômes sont moins marqués dans le tiers supérieur que dans les deux tiers inférieurs de l'organe. Du côté gauche, la percussion ne révèle rien d'anormal; la respiration y est naturelle quoique puérile. Toutes les autres fonctions de l'économie s'accomplissent bien, à part quelques dépôts passagers d'urates dans les urines et un peu de transpiration la nuit.

Marche de la maladie. — Le traitement est institué en vue de soutenir les forces du malade; en même temps on lui administre des potions antispasmodiques et calmantes pour la toux, et on lui établit un séton sous le mamelon droit. Ce dernier moyen occasionna une vive irritation locale mais fit diminuer le gargouillement, l'expectoration et la toux, à tel point que le malade voulut partir le 8 février 1849. Cependant, il continua d'être soigné par l'élève du service M. James Struthers, aujourd'hui docteur à Leith, qui nous a transmis la note suivante. — Vers la mi-mars

(1) Recueillie par M. James Struthers, élève du service.

l'appétit et les forces de Neal commencèrent à décliner ; il maigrit, gagna la fièvre, une soif continuelle, de l'agitation, et fut obligé à garder la chambre. En même temps, il avait l'haleine courte, même au repos ; la toux et l'expectoration continuaient, seulement il n'avait ni frissons ni douleur. Le 23 au matin, il s'est éveillé avec une forte aggravation de la toux et grande fréquence de la respiration. Durant toute la journée, il ne cessa de cracher par intervalles de quelques minutes une grande quantité de matière spumeuse, fortement teinte de sang et beaucoup plus fétide qu'auparavant. On me pria de le voir chez lui le lendemain ; je le trouvai beaucoup plus faible que lorsqu'il nous avait quittés quelques semaines auparavant. La toux était continuelle, l'expectoration profuse, spumeuse et mêlée de sang vermeil. L'haleine et les crachats exhalent une odeur fétide que l'on remarque dès que l'on s'approche du lit. Cependant, il ne souffre point, seulement, il se plaint d'une grande faiblesse, de dyspnée et parfois d'un sentiment du suffocation. 43 respirations à la minute ; pouls à 130, faible et filiforme. En examinant la poitrine, on trouve que le côté droit se soulève à peine durant l'inspiration ; la percussion y produit partout un son mat ; le bruit respiratoire normal a disparu, seulement, on remarque du gargouillement dans sa plus grande partie, aussi bien en avant qu'en arrière, ainsi que de gros râles muqueux et sous crépitants au sommet et à la base. Malgré la faiblesse de la voix, la résonnance est beaucoup augmentée, et il existe distinctement de la bronchophonie, dans les deux tiers inférieurs. On n'entend aucun bruit de friction. Le côté gauche est très sonore à la percussion et, à part la respiration puérile et quelques râles sous crépitants vers la partie inférieure, on n'y constate rien d'anormal. Durant les trois jours qui suivent, le malade perd de plus en plus de ses forces ; la toux et la dyspnée augmentent encore ; il ne peut plus articuler que des monosyllabes ; la respiration s'accélère jusqu'à 68 et le pouls jusqu'à 140 par minute. Chaque jour il expectore à peu près un litre de crachats peu épais et sanguinolents, qui répandent une forte odeur de gangrène ; dans les derniers temps, ils s'écoulent presque constamment de la bouche. Le 29, état typhoïde, hoquet léger, délire et mort dans la soirée.

Autopsie. — Trente-six heures après la mort.

Les traits sont très affaissés ; on remarque une teinte jaune de la peau ; un liquide brun nullement épais s'échappe en abondance de la bouche et des narines. La percussion sur la poitrine donne les mêmes sons que durant la vie.

Thorax. — Le poumon droit, à l'exception de la partie inférieure du bord antérieur, est partout fortement adhérent aux parois de la poitrine. Ces adhérences sont courtes, denses et d'une couleur blanche. On parvient à enlever le poumon en entier sans le déchirer ; son volume est un peu diminué, il est d'une couleur rouge foncée et semble pulpeux au toucher. Au sommet se trouve une cavité close, du volume d'une orange, distendue par un liquide d'un brun sale, qui a une consistance crémeuse et répand une odeur repoussante de gangrène. La paroi de cette cavité s'approche de la plèvre vers le haut. Sa surface interne est très irrégulière et présente une multitude de lambeaux de tissu pulmonaire désorganisé. En arrière, vers la partie médiane du poumon et à environ deux centimètres et demi de profondeur, on tombe sur une autre cavité du volume d'une noix, tapissée par une membrane dense, grisâtre, de deux millimètres d'épaisseur et qui est déchirée en différents endroits. Ce creux est en partie rempli d'un liquide de couleur sale, et s'ouvre directement dans un rameau bronchique de la grosseur d'une plume de corbeau, à l'autre extrémité duquel, nous le verrons tout à l'heure, il existe un corps étranger. Au voisinage de cette excavation et dans toute sa partie inférieure

Fig. 491.

Fig. 491. Fragment d'un os de poulet, trouvé dans la bronche droite de Neal.

et postérieure, le poumon est criblé d'une multitude de petites cavités dont la dimension varie depuis celle d'un pois jusqu'à celle d'une noisette. Quelques-unes d'entre elles sont closes et remplies d'un liquide analogue à celui de l'excavation que nous avons vue au sommet; d'autres sont presque vides, plus ou moins anfractueuses et communiquent librement avec les bronches. Les parois de quelques-unes sont formées par une membrane dense et épaisse; dans d'autres cette membrane est molle et dilacérée. La partie moyenne du bord antérieur et une petite portion du bord inférieur du poumon sont à l'état d'hépatisation grise : ce sont les seules parties où il n'y ait point de cavernes. En ouvrant la bronche droite, on tombe sur un morceau d'os, situé à la bifurcation de la division primaire moyenne. Ce corps est presque libre et se dégage sans aucun effort. Il est parfaitement net et ressemble beaucoup à un fragment de vertèbre d'un animal de petite dimension; il est de forme irrégulière, allongée, et présente plusieurs petites aiguilles à pointes vives. La muqueuse en cet endroit est épaissie, mais nullement ulcérée, ni même plus vascularisée que dans les autres bronches. La trachée et les bronches dans les deux poumons ont une teinte grise foncée, mais n'offrent, du reste, rien d'anormal. La plèvre gauche renferme 100 à 120 grammes d'une sérosité claire. Le poumon est sain, à part une petite portion du bord inférieur qui est hépatisé et comme farci de petits nodules indurés, de couleur grise et du volume de grains de blé. Au microscope, on trouve qu'ils sont formés par des amas d'éléments épithéliaux altérés et mélangés d'une matière granulaire de nature graisseuse. Le sommet du poumon ne renferme aucun dépôt; nulle part il n'existe de tubercule. Les glandes bronchiques, surtout du côté droit, sont fortement hypertrophiées, au point que quelques-unes atteignent le volume d'un œuf de pigeon; toutefois, elles ne contiennent aucune matière étrangère. Le cœur a son volume normal; son tissu musculaire et ses valvules ne sont point altérés. Toutes les cavités renferment à la fois des caillots fermes et décolorés, et d'autres qui sont foncés et flasques. Le sang vu au microscope présente des globules rouges et blancs dans les proportions ordinaires.

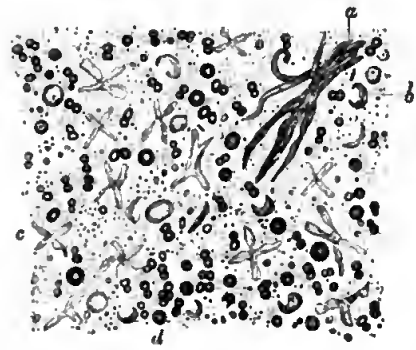


Fig. 492.

Abdomen. — Aucun viscère abdominal n'est altéré.

Examen microscopique. — Le liquide provenant de l'abcès au sommet du poumon droit contient de petits lambeaux de tissu fibreux, des globules de pus désagrégés et une multitude de cristaux de phosphate tribasique et d'urate d'ammoniaque. (Fig. 492).

Commentaire. — Les signes physiques constatés dans ce cas indiquaient clairement l'existence d'une cavité dans le poumon droit, et, d'après la situation de cette cavité et l'histoire de la maladie, elle n'était vraisemblablement pas d'origine tuberculeuse. D'ailleurs, le caractère gangréneux se révélait suffisamment à l'odeur particulière de l'haleine, et le récit du malade faisait présumer la présence d'un corps étranger dans les bronches.

Fig. 492. Liquide provenant d'un abcès chronique au sommet du poumon droit de Neal. *a*, tissu fibreux; *b*, cellules de pus en train de se désagréger; *c*, cristaux de phosphate tribasique; *d*, Urate d'ammoniaque. — (James Struthers). 250 gram-

Cependant, il n'était pas bien certain d'avoir avalé le petit os en question. Je l'ai interrogé sur ce point à bien des reprises et il m'a invariablement repondu qu'il croyait mais qu'il n'était pas certain. Il est très important de noter ce doute, car il est probable que son histoire aura été considérée comme improbable à l'Hopital St George, ce qui aura empêché de songer à une opération qui peut-être aurait pu être entreprise avec chance de succès. Il serait interessant de savoir si à cette époque la poitrine a été auscultée avec soin ou si l'attention ne s'est portée que sur les symptômes généraux. Un tel oubli expliquerait comment il fut renvoyé au bout de quinze jours, attendu que les symptômes étaient peu marqués. Certainement, on ne saurait admettre que si l'on avait eu alors la conviction qu'il existait un corps étranger dans les bronches, on n'eût songé à faire aucun effort pour le faire sortir, principalement si l'on réfléchit à la fatalité inévitable d'un tel accident. Quoi qu'il en soit, cette observation montre comment, chez un homme jeune et en parfaite santé, il se produit à la suite d'un accident de cette nature une désorganisation lente mais certaine. Aussi après avoir été témoin de cas semblables, acquiert-on la conviction qu'il faut, sans retard, les examiner avec le plus grand soin, et même intervenir chirurgicalement.

Il est encore une autre cause de gangrène du poumon, c'est l'obstruction déterminée par des caillots de sang, provenus soit d'une phlébite, soit des cavités droites du cœur, et formant dans un rameau vasculaire du poumon ce qu'on a nommé une embolie.

Nous citerons comme exemple une observation qui nous paraît bien concluante, rapportée par M. G. W. Callender dans le neuvième volume des *Pathological Society's Transactions*. Une des divisions tertiaires de l'artère pulmonaire était occupée par une masse de fibrine décolorée ayant la forme d'un petit globe creux. Son diamètre dépassait d'environ quatre millimètres celui de l'artère située au dessous, de sorte qu'en ce point le vaisseau semblait avoir éprouvé une légère dilatation. L'artère se bifurquait juste au delà du point où le caillot s'était arrêté. Néanmoins, le sang pénétrait dans une des divisions, à travers un canal court et étroit, creusé sur le côté du caillot susmentionné. Celui-ci se prolongeait à une certaine distance à l'intérieur de cette branche, et en occupait environ les deux tiers du calibre. Quant à l'autre branche, elle était également obturée au point où elle se subdivisait, par un

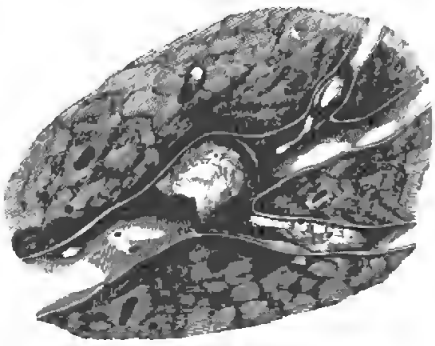


Fig. 493.

Fig. 493. Partie du poumon gauche montrant des caillots qui occupent des branches de l'artère pulmonaire (Callender.)

caillot entièrement solide, et qui bouchait complétement une des subdivisions. La portion de tissu pulmonaire avec laquelle cette artère était en communication, et même la plèvre qui la recouvrait étaient gangrénées. L'examen du cœur fit constater plusieurs masses de fibrine coagulée qui étaient adhérentes à la valvule tricuspide, et c'est de là probablement qu'étaient partis les caillots trouvés dans les branches de l'artère pulmonaire. Quant à la veine, elle n'offrait rien à noter. La forme creuse du coagulum le plus voisin du cœur était due vraisemblablement à l'action du courant sanguin. Les autres caillots engagés plus avant avaient pu conserver leur solidité et arrêter complètement la circulation.

PHTHISIE PULMONAIRE.

Obs. CLXIV (1). — *Phthisie pulmonaire arrivée à son dernier degré. — Insuffisance valvulaire. — Huile de foie de morue et régime réparateur. — Guérison complète.*

Commémoratif. — Patrick Barclay, 15 ans, est entré le 25 juin 1849. Tout, depuis son enfance, indique chez ce garçon une constitution scrofuleuse. Il a toujours fréquenté assidûment l'École industrielle jusqu'à la semaine dernière, mais il ne pouvait guère prendre d'exercice à cause d'un mal qu'il a contracté à la jambe, à la suite d'une chute, il y a un an. Depuis longtemps son alimentation est bien misérable. Le 18, il a été pris d'une toux qui n'a plus cessé. Il se plaint aussi de dyspnée quand il fait quelque effort.

Symptômes a l'entrée. — Le malade est excessivement amaigri. Il se plaint de toux, laquelle se montre parfois par accès très prolongés; cependant, il n'éprouve ni gêne ni douleur en respirant. Le thorax se dilate bien à l'inspiration. La toux est facile à provoquer et très violente par moments. Les crachats sont visqueux, aérés et teints de sang. A la percussion, l'on trouve une matité très prononcée du côté droit, surtout sous la clavicule. A gauche, il existe également de la matité dans une certaine étendue. A l'auscultation, l'on entend, à droite, à la partie supérieure et antérieure du thorax, une bronchophonie manifeste, un fort bruit de friction et des râles muqueux ayant presque le caractère de râles caverneux. Ces différents bruits vont en s'affaiblissant vers la base du poumon. A gauche, des bruits de friction s'entendent également en avant et en haut. En arrière et du côté droit, la résonnance vocale n'est pas aussi distincte, mais on y retrouve les mêmes râles qu'en avant. Pouls à 114, fort et vif. La pointe du cœur bat sous la sixième côte; son impulsion est augmentée, mais à la percussion rien ne dénote une expansion latérale. A l'auscultation, l'on entend à la fin du premier bruit et à la pointe du cœur une sorte de gazouillement musical. Ce murmure va s'affaiblissant à mesure que l'oreille s'approche de la base. Vers la gauche du sternum, le second bruit du cœur est remplacé par un bruit de soufflet. Ce murmure est complétement masqué par de forts râles de friction quand le sujet respire, mais il se manifeste aussitôt, si l'on recommande au malade de retenir son haleine. La langue est légèrement chargée, l'appétit bon; il y a un peu de soif. Garde-robe régulière. Urines naturelles; pesanteur spécifique 1020; non coagulables. La poitrine, la face et les bras sont recouverts d'une éruption de prurigo qui s'est déjà montrée à plusieurs reprises. Au bas de la cuisse gauche, on remarque plusieurs cicatrices et trois orifices fistuleux qui communiquent avec l'os nécrosé. Le malade transpire beau-

(1) Recueillie par MM. Hugh Balfour, Sanderson et Dewar, élèves du service.

coup, principalement la nuit. *Régime fortifiant ; lait frais matin et soir ; huile de foie de morue, une cuillerée trois fois par jour. Prescr. : Mixture de scille,* 125 *grammes. Teinture d'opium ammoniacale,* 2 *grammes. Eau de cannelle,* 45 *grammes. Eau,* 90 *grammes. m. En donner* 15 *grammes trois fois par jour.*

Marche de la maladie. — 30 *juin.* Râle de friction moins fort ; gargouillement du côté droit. *Frictions avec la pommade stibiée à la partie supérieure de la poitrine.* — 2 *juillet.* Le murmure de gazouillement s'affaiblit, parfois même devient imperceptible. Les aliments ont été rendus à plusieurs reprises. *Ajouter* 2 *grammes de naphthe médicinal à sa potion. Peut avoir de la bière.* — 5 *juillet.* Le bruit de gazouillement est entièrement disparu. — 8 *juillet.* Le gazouillement s'entend de nouveau. Toux violente déterminant des vomissements. Douleurs par suite de l'éruption stibiée. *Cesser la pommade ainsi que la potion. Prescr. : Poudre de gomme adragante composée,* 4 *grammes. Naphthe médicinal,* 4 *grammes. Solution de chlorhydrate de morphine,* 11 *grammes. Sirop d'écorces d'oranges,* 15 *grammes. Mixture scillitique,* 150 *grammes. M. Une cuillerée trois fois par jour.* — 21 *juillet.* On établit un séton au-dessous de la clavicule droite. Les vomissements continuent le matin mais les aliments ainsi que la potion sont pris plus facilement. — 6 *août.* Les murmures qui accompagnent l'expiration sont complétement secs sous la clavicule droite. Les vomissements ont diminué. Cesser la potion. *Prescr. : Citrate de fer,* 2 *grammes. Teinture et sirop d'écorces d'oranges, de chaque* 15 *grammes. Infusion de colombo,* 190 *grammes. M. Une cuillerée trois fois par jour.* — 12 *août.* Le séton suppure abondamment et occasionne une vive irritation; on le laissera cicatriser. — 7 *septembre.* L'aspect général du malade est beaucoup plus satisfaisant. Les bruits thoraciques continuent à être secs. Le malade a repris son *huile de foie de morue à la dose de trois cuillerées par jour.* — 28 *octobre.* Le murmure musical a entièrement disparu. Le malade prend de l'embonpoint et circule dans la salle toute la journée, seulement il se plaint toujours d'une légère toux la nuit et de palpitations lorsqu'il y fait quelque effort. La région sous claviculaire droite se remplit de graisse. *Cesser la potion ainsi que l'huile de morue.* — 18 *novembre.* Il est revenu de la toux avec un peu d'expectoration muqueuse, et à l'auscultation l'on entend des râles muqueux et sibilants dans toute la poitrine. *Reprendre l'huile de morue. Prescr : Mixture de scille,* 170 *grammes. Solution de chlorhydrate de morphine,* 4 *grammes. M. Une cuillerée trois fois par jour.* A partir de ce moment il survient une amélioration rapide, la caverne devient parfaitement sèche, et la respiration en cet endroit s'accompagne d'un bruit de souffle. La toux et l'expectoration ont beaucoup diminué. Le malade a pris un air de santé qui le ferait croire bien vigoureux. Le 13 *janvier,* néanmoins, on note un bruit de pot fêlé dans la région sous claviculaire droite et même un peu du côté gauche. A l'auscultation, les bruits du cœur se font entendre avec intensité dans toute l'étendue de la poitrine; le second s'accompagne d'un bruit de soufflet bien distinct. Le murmure musical n'a plus reparu. Il existe de la bronchophonie et de l'expiration prolongée mais sans râles humides dans la région sous-claviére droite. Le sommeil est bon, à peine troublé par la toux ; pas de transpiration ; embonpoint marqué ; appétit excellent. En un mot, à ne considérer que les symptômes généraux, on peut dire que ce garçon jouit d'une bonne santé depuis deux mois.

27 *Février.* A la percussion, la poitrine est assez sonore des deux côtés, à part un peu de matité sous la clavicule droite. A l'auscultation, l'inspiration est bruyante et offre un caractère de souffle, dans la région sous-clavière droite ; toutefois, le murmure est beaucoup plus doux qu'auparavant. L'expiration est encore prolongée et la résonnance de la voix reste bien prononcée, mais ce n'est plus de la bronchophonie ; pas de râles humides. A gauche, dans les points correspondants : inspiration un peu rude, expiration légèrement prolongée, résonnance normale de la voix. Bruit de soufflet intense avec le second bruit cardiaque, se propageant dans

toute l'étendue de la poitrine. La santé générale est bonne et le sujet se sent très bien portant. On le croirait fort et robuste n'était son facies un peu terne et cachectique. Il n'a plus d'expectoration, ni de transpiration; une toux insignifiante se manifeste seulement le matin. On le congédie et il retourne à l'École industrielle où il va reprendre son apprentissage de cordonnier.

Il rentre le 26 *août* 1850. Depuis sa sortie, il est resté à l'École industrielle, mais s'est trouvé fréquemment exposé au froid. Dernièrement, la toux et l'expectoration dont il était complétement débarrassé, dit-il, reparurent et s'aggravèrent bientôt. En même temps les sueurs revinrent aussi. La semaine avant sa rentrée, il fut à Portobello avec les autres écoliers, et malgré les remontrances de son maître, il voulut se baigner comme ses camarades, disant que l'eau lui ferait du bien; ce fut tout le contraire. Voici les signes physiques constatés au moment de l'admission : gros râles humides sous la clavicule droite, pectoriloquie incomplète, bruits de friction et de craquement, inspiration rude et expiration prolongée sous la clavicule gauche, toutefois, de ce côté, la matité est peu prononcée surtout comparativement à celle de l'autre côté. On eut recours de nouveau à l'huile de foie de morue, à un bon régime, aux révulsifs, et le malade reprit des forces et de la vigueur; en même temps la toux, l'expectoration et les autres symptômes se dissipaient. On le congédia le 7 *mars*. A cette date on notait : matité prononcée et augmentation de la résonnance vocale sous la clavicule droite; inspiration rude et sèche.

Le malade rentre une troisième fois le 5 *juillet* 1851. Il raconte qu'après sa sortie au mois de mars dernier, il dut se rendre dans les salles de chirurgie où M. Syme lui enleva deux fragments détachés du tibia droit devenu malade; à cette occasion, il passa encore cinq semaines à l'hôpital. Depuis lors, il a été employé constamment à de légers travaux de jardinage et, malgré l'insuffisance de son régime, il continua d'aller passablement jusqu'à la semaine dernière. A la percussion, on note un peu de matité sous la clavicule droite, la respiration est rude et soufflante, mais ne s'accompagne d'aucun râle humide. Il existe encore un double murmure de friction bruyante dans le quart supérieur du poumon droit, surtout au sommet; de plus, çà et là dans le reste du poumon on découvre encore un peu de friction. Au dessous de la clavicule gauche, le ton de la respiration est un peu exagéré, mais les deux murmures sont partout normaux. Le sujet est pâle et amaigri. Toux violente ramenant une expectoration muqueuse; appétit bon; bruit de soufflet à la base du cœur persistant toujours avec la même intensité. La plaie de la jambe est presque entièrement cicatrisée. En somme, l'état général comparé à ce qu'il a été s'est notablement amendé.

Marche ultérieure de l'affection. — Un mieux sensible se prononce bientôt; la toux diminue rapidement et ne revient plus que le matin au moment du réveil. Les grandes fonctions organiques s'accomplissent parfaitement. La plaie de la jambe est cicatrisée et, sans l'affection cardiaque, on pourrait déjà congédier ce jeune homme. Voici au 23 *décembre* 1851 le résultat d'un examen minutieux de la poitrine. A la percussion, légère matité sous la clavicule droite. A l'auscultation, murmure inspiratoire un peu rude sous les deux clavicules, surtout du côté droit; résonnance un peu exagérée au sommet du poumon droit. Sous tous les autres rapports les poumons paraissent sains. Il persiste une forte impulsion du cœur, et l'on entend toujours à la pointe, au second temps, un bruit de soufflet dont le maximum d'intensité est à la base. Le sujet fut gardé dans l'établissement jusqu'au 7 *mars* 1852, et sortit dans un état aussi satisfaisant que possible.

9 *août* 1852. Le jeune Barclay se présente à la visite de ce jour. Depuis son départ en mars dernier, il a été employé chez un teinturier et, dans cette nouvelle condition, s'est trouvé sans cesse exposé à l'humidité et au froid. Il ne gagne que cinq shillings (6 fr. 25 c.) par semaine, aussi n'a-t-il pu se donner qu'une nourri-

ture bien insuffisante, tant sous le rapport de la quantité que sous celui de la qualité. En dépit de ces misérables conditions, sa santé s'est assez bien soutenue, seulement il est beaucoup plus maigre qu'à sa sortie de l'Infirmerie. A la percussion, on note une sonorité claire sous les deux clavicules; à peine remarque-t-on, à droite, un peu de matité et d'augmentation de résistance. A l'auscultation, l'inspiration est un peu rude sous la clavicule droite, mais en somme le murmure est très bon. La résonnance vocale également est un peu exagérée. Sous la clavicule gauche, il existe de la rudesse, quelques fins râles sibilants, et de la friction à l'inspiration. L'expiration est prolongée et la résonnance vocale est légèrement accrue. Le bruit de souffle qui accompagne le second temps à la base du cœur est toujours très distinct. Toutes les autres fonctions s'exécutent normalement. Il nous dit qu'il a un sœur établie à Philadelphie et qu'il a l'intention d'aller la rejoindre aux États-Unis.

6 *Février* 1853. Notre malade revient de nouveau à la consultation de ce jour, et il est successivement examiné par les Drs Bennett et Christison, par les élèves du service et par les autres étudiants. Les signes physiques restent au même point, seulement les murmures respiratoires se sont adoucis et sont devenus plus naturels. Il a été empêché de partir pour les États-Unis, comme il l'avait cru, en août dernier, et depuis lors il est employé comme commissionnaire chez un teinturier. Sa santé s'est maintenue, quoiqu'il ait été bien souvent exposé au froid et à l'humidité. Enfin il part demain pour Philadelphie, muni d'une lettre de recommandation pour le Dr Wood de cette ville.

Le 25 mars 1853, le Dr Wood écrivait au Dr Bennett que Barclay s'était présenté chez lui la semaine précédente. « Me trouvant très occupé en ce moment, dit-il, je donnai quelqu'argent à ce garçon qui me dit être sans ressource, lui recommandant de chercher un emploi immédiatement, ce qui n'est pas difficile à trouver pour un individu de sa condition. Je lui dis de revenir me voir sous peu. Il me le promit, mais il ne s'est plus présenté. » Plus tard le Dr Bennett ayant prié le Dr Dunglison de s'en informer près du Dr Wood, apprit qu'on n'en avait plus entendu parler.

Commentaire. — Il n'est pas à ma connaissance un seul cas suivi dans tout son cours, qui ait été observé avec plus de soin, où la phthisie arrivée à son dernier degré se soit manifestée d'une manière moins équivoque et où la guérison ait été plus complète et plus remarquable, que chez le sujet de l'observation précédente. Je tins ce garçon en observation depuis le mois de juin 1849, jusqu'au mois de février 1853, c'est-à-dire durant une période de quarante trois mois; pendant ce temps, il fut examiné successivement dans la salle clinique par quatre séries d'élèves fréquentant la session d'hiver, et par deux suivant les cours d'été, ainsi que par mes collègues. Quant à l'authenticité des faits, elle résulte des annotations qui ont été recueillies dans le registre de salle. Il est également certain que nous avons reconnu l'arrêt de la tuberculisation au sommet du poumon gauche et la cicatrisation d'une large excavation tuberculeuse du côté droit. D'autre part, il ressort à l'évidence de l'observation qui vient d'être rapportée que la guérison n'est pas le résultat des efforts spontanés de la nature. Au contraire, il fallut surmonter de grandes difficultés, écarter des symptômes nombreux et se prémunir contre les complications les plus graves. Jamais les effets d'un traitement ne se sont manifestés d'une façon moins équivoque. A son arrivée le malade présentait tous les signes

de dépérissement de la phthisie à sa dernière période : maigreur extrême, toux et transpirations des plus pénibles, enfin tous les signes physiques d'une vaste excavation au sommet du poumon droit. Grâce à l'emploi de l'huile de foie de morue, les forces revinrent si bien qu'on dut l'abandonner plus tard, le sujet prenant trop d'embonpoint. Des gargouillements avec tous les signes du ramollissement d'un exsudat se montrèrent de nouveau et se dissipèrent encore à la suite de l'emploi de l'huile de morue. Plus tard, le malade continua d'en faire usage de temps en temps, et il est bien remarquable que les symptômes variaient suivant la facilité avec laquelle l'huile était digérée. Ce même fait ne se démentit point dans tout le cours de la maladie, ce qui montre la relation manifeste entre l'affection locale et l'énergie nutritive générale de l'économie.

Jamais, pendant toute la durée du traitement, ce garçon n'éprouva de difficulté à prendre son huile. Il n'en résultait aucun malaise à l'estomac, elle se digérait facilement, même dans des moments où les aliments étaient fréquemment rejetés, sans doute à cause de la violence de la toux. Son influence sur la santé générale et sur la lésion locale des poumons fut des plus remarquables. D'un état d'émaciation extrême le sujet passa à un état d'embonpoint tel que l'on craignit l'obésité en persistant dans l'emploi de l'huile, qui fut donc suspendue momentanément. L'appétit a toujours été bon, circonstance que j'ai toujours notée comme favorable, non seulement au point de vue de l'action bienfaisante de l'huile de foie de morue, mais encore au succès du traitement de la phthisie en général. En effet, l'anorexie, les nausées et les symptômes dyspeptiques constituent les grandes difficultés que le médecin doit surmonter dans la conduite de cette affection. L'observation suivante en est une preuve convaincante.

Obs. CLXV (1). — *Phthisie pulmonaire. — Amélioration à la suite du traitement et disparition des symptômes. — Leur retour subséquent. — Mort.*

Commémoratif. — Jane Hamilton, couturière en robes, âgée de 18 ans, entre à l'Infirmerie le 12 septembre 1849. Elle rapporte qu'au mois d'avril dernier sa santé commença à s'affaiblir; l'appétit se perdit; il survint de la toux accompagnée d'expectoration, des sueurs froides à la face, aux mains et aux pieds; la menstruation qui n'avait jamais été très régulière s'arrêta, et la malade tomba dans un tel état de faiblesse qu'elle était incapable de se tenir debout. Cependant elle alla mieux durant quelque temps, mais depuis peu, son état s'est de nouveau aggravé.

Symptômes a l'entrée. — Elle est pâle, dans un grand état de maigreur et tellement faible qu'elle peut à peine se tenir quelques minutes sur son séant. Il se fait une transpiration abondante durant le sommeil; une toux violente provoque l'expulsion de nombreux crachats jaunâtres, visqueux. La poitrine n'est le siège d'aucune douleur; elle est d'ailleurs bien conformée. La langue est recouverte d'un enduit brun; l'appétit est capricieux et mauvais; il y a une selle tous les deux jours. Le traitement consiste en toniques, expectorants, révulsifs sur la poitrine; il détermine un amendement considérable. Je fus chargé de cette malade à la mi-

(1) Recueillie par M. Alexander Struthers, élève du service.

octobre ; voici l'état dans lequel je la trouvai : matité à la percussion, au dessous de la clavicule droite ; râles muqueux dans tout le tiers supérieur du même côté ; râles sonores et sibilants répandus dans la plus grande partie des poumons, en avant comme en arrière. Grâce à l'emploi des expectorants et des révulsifs, les symptômes bronchitiques étaient subjugués dès le 1er *novembre*, mais la matité et les râles humides persistaient sous la clavicule droite. Prescr. : *Une cuillerée d'huile de foie de morue, trois fois par jour.*

Marche de la maladie. — La médication est suspendue le 8, à cause d'un accès de fièvre survenue avec des maux de tête et des frissons, pouls accéléré mais mou, chaleur à la peau, perte de l'appétit, nausées fréquentes et vomissements, forte irritation spinale. Ces symptômes persistèrent et ce ne fut qu'au 30 *novembre*, après avoir employé d'abord les antimoniaux, puis le naphthe, les alcalis, les amers végétaux et les stimulants, que l'estomac fut jugé en état de supporter l'huile, mais elle était prise avec un tel dégoût et occasionna tant de nausées qu'il fallut supprimer de nouveau son usage. Elle fut reprise le 14 décembre, et cette fois l'estomac la tolèra parfaitement. Quelques jours plus tard on porta la dose à quatre cuillerées par jour. — 30 *décembre*. Il s'est produit une amélioration sensible dans l'état général ; les forces sont revenues au point que la malade reste sur son séant la plus grande partie de la journée ; les sueurs nocturnes ont presque entièrement disparu. L'expectoration reste épaisse et purulente mais est moins abondante. L'aspect général est beaucoup meilleur, le teint reprend une couleur plus naturelle ; les règles ont reparu. Il reste un peu de matité à la percussion sous la clavicule droite ; les gros râles muqueux ont disparu, seulement l'inspiration conserve quelques râles crépitants fins ; vers l'extrémité acromiale de la clavicule l'expiration est toujours prolongée et la résonnance vocale accrue. Cependant, l'amélioration devient de jour en jour plus manifeste, si bien que le 1er *janvier* on jugea bon de réduire la dose de l'huile à trois cuillerées par jour. De temps en temps on a appliqué un petit vésicatoire sur le siège du mal en avant ; parfois aussi on administra une potion expectorante afin de faciliter l'expectoration, laquelle bien que diminuée de quantité conserve toujours son caractère visqueux et purulent. Le 30 *janvier*, le murmure inspiratoire avait un certain degré de rudesse, et çà et là l'oreille percevait quelques râles crépitants très fins. La malade quitta l'Infirmerie le 24 *février*.

Le 7 *mars* j'examinai la poitrine avec beaucoup d'attention : la matité sous-claviculaire n'est plus aussi prononcée ; plus de crépitation mais rudesse du murmure inspiratoire, expiration prolongée, léger bruit de friction, augmentation de la résonnance vocale. La malade a l'air robuste et bien portante, aussi se croit elle en parfaite santé ; cependant elle continue d'expectorer un peu de matière purulente et elle garde un peu de toux. Peu de temps après, elle fut travailler comme modiste à Dundee. Là, de longues veilles, la reclusion, un régime irrégulier, ne tardèrent pas à ramener les symptômes les plus graves. Elle revint à l'Infirmerie, d'où elle sortit, au bout de quelques mois, dans un état satisfaisant. Le 19 *août* elle revint encore ici mais dans un autre service. Le mal, durant toute cette période, avait fait les progrès les plus graves, et elle succomba le 8 *septembre*. L'autopsie ne fut point autorisée.

Commentaire. Au moment de son arrivée, cette jeune fille offrait les signes physiques d'une bronchite et d'un ramollissement de tubercules au sommet du poumon droit. Le mal était donc moins avancé que chez le garçon précédent, où le poumon droit présentait une caverne et le gauche un dépôt tuberculeux. Néanmoins la prostration générale était la même ; maigreur et faiblesse extrêmes, sueurs profuses, expectoration purulente, toux des plus pénibles. Seulement, il y a une différence dans les circon-

stances concomitantes des deux cas : le garçon avait bon appétit et avait eu un régime insuffisant ; la fille au contraire n'avait pas d'appétit, bien qu'elle eût les moyens d'y satisfaire. Chez le premier la nutrition souffrait par suite du manque d'alimentation suffisante, les organes digestifs ne laissant d'ailleurs rien à désirer ; chez la seconde au contraire, la dyspepsie et le mauvais état des voies digestives ne permettaient pas l'absorption d'une suffisante quantité d'aliments. Le résultat devait être le même ; aussi, chez l'un comme chez l'autre voyons nous d'abord l'appauvrissement du sang, et à sa suite une exsudation tuberculeuse dans les organes pulmonaires.

Le traitement à opposer à ces deux cas devait différer autant que les causes respectives. Chez le garçon, on n'eut pas de peine à remedier au manque de nutrition. Il prit l'huile de foie de morue et la digéra toujours, de même que ses aliments, avec la plus grande facilité. Chez la jeune fille au contraire, l'idée même de prendre de la nourriture s'accompagnait de dégoût, l'huile de foie de morue produisait des nausées et il fallut y renoncer momentanément. Un temps précieux était perdu de la sorte à faire un traitement préparatoire, à combattre les symptômes dyspeptiques et à se débarrasser de ces complications qui empêchaient d'attaquer la maladie principale.

Nos premiers efforts furent donc dirigés contre la bronchite, au moyen des expectorants et des révulsifs. L'huile de foie de morue fut ensuite essayée, mais il fallut y renoncer à cause des nausées qu'elle donnait et surtout à l'occasion d'une attaque fébrile dont la malade fut prise. Cette dernière complication vaincue, les symptômes dyspeptiques furent traités par le naphthe, par les alcalins, par les amers végétaux et par les carminatifs ; il en résulta un certain mieux, mais ayant voulu faire reprendre l'huile, tous les symptômes dyspeptiques reparurent et, au bout de dix jours, il fallut bien renoncer encore à son emploi. Après quelques jours de repos néanmoins il parut opportun d'y revenir, et cette fois, elle fut supportée ; un amendement notable en fut la conséquence ; la dose fut portée à quatre cuillerées par jour et bientôt la malade fit des progrès étonnants. Les forces revinrent, la maigreur et l'aspect cachectique disparurent ; la peau revêtit une teinte naturelle et cette personne devint, on peut le dire, si forte et si grasse qu'elle était à peine reconnaissable.

En même temps la toux et l'expectoration cessaient presque complétement, les sueurs nocturnes ne reparurent plus, les règles revinrent à leur tour, enfin la malade était levée tout le jour et finit par se trouver si bien qu'ayant obtenu la permission de sortir quelques heures de l'hôpital elle n'y rentra pas. Cependant, au bout de peu de jours elle vint de nouveau à la consultation et, comme il est dit dans l'observation, bien que les symptômes constitutionnels fussent presque entièrement dissipés, et sous les apparences d'une bonne santé, je trouvai encore des traces non équivoques de l'affection locale. Ce cas montre bien les obstacles avec lesquels le médecin se trouve souvent aux prises, avant de pouvoir suivre la ligne de traitement destiné à rétablir la nutrition et à mettre une

barrière à l'exsudation tuberculeuse. D'autre part, il montre aussi combien il importe d'être persévérant, puisque cette obstination à rester fidèle à des principes pathologiques éprouvés, est capable de produire de tels résultats.

En dépit de l'amélioration remarquable obtenue chez notre malade, le retour à un régime défectueux et à des occupations sédentaires ne tardèrent pas à ramener tous les symptômes alarmants dissipés avec tant de peine à l'hôpital. Pourtant, à moins de convertir ces établissements de bienfaisance en asiles permanents pour y surveiller et entretenir les phthisiques, il semble presque impossible d'éviter de semblables rechutes. Toujours est-il, qu'on ne saurait que bien exceptionnellement retenir les malades en traitement aussi longtemps que nous l'avons fait pour Barclay. Au reste, si à l'aide d'un traitement judicieux, on parvient à arrêter le développement de la phthisie et à remettre les malades dans un état de santé satisfaisant, ceux-ci, le plus souvent, lorsqu'ils sont dans un hôpital, insistent pour en sortir, et si c'est dans la pratique privée, ils délaissent les remèdes et les précautions les plus indispensables à leur existence. Aussi, arrive-t-il trop fréquemment qu'après avoir obtenu un amendement considérable, après avoir fait passer le malade d'un état de prostration extrême à un état de santé presque robuste, les causes qui ont amené une première fois l'affection la déterminent une seconde fois, et finalement le malade succombe après une ou plusieurs rechutes. Il est donc de la dernière importance de suivre de l'œil le plus attentif les malheureux une fois atteints de phthisie, et de ne pas les abandonner parce que les symptômes constitutionnels sont dissipés, mais de les surveiller aussi longtemps que les signes physiques indiquent le moindre reste de la maladie.

Obs. CLXVI (1). — *Phthisie pulmonaire. — Large caverne du côté gauche. — Cirrhose du poumon. — Carie du poignet gauche. — Néphrite scrofuleuse.*

Commémoratif. — John Finlay, 19 ans, entré dans la salle clinique le 20 décembre 1850, tousse et crache plus ou moins depuis six ans ; de temps en temps il a un peu de diarrhée. Une carie scrofuleuse du poignet l'a amené, il y a trois semaines, dans le service de chirurgie de M. Syme. A diverses reprises il a craché du sang mais jamais en abondance.

Symptômes a l'entrée. — Le côté droit de la poitrine est partout sonore à la percussion, le gauche présente une matité générale aussi complète que possible dans les deux régions sous-claviculaire et sus-scapulaire. A l'auscultation on entend de forts râles muqueux dans toute l'étendue du côté gauche en avant, et même du gargouillement et de la pectoriloquie sous la clavicule. En arrière et en bas, on perçoit une respiration rude, tubaire, et une expiration prolongée. A droite, la respiration est puérile sans être anormale d'ailleurs. L'aspect extérieur du malade rappelle tous les attributs de la diathèse scrofuleuse; la maigreur est très prononcée et le développement semble arrêté, de sorte que l'individu ne paraît pas

(1) Recueillie par MM. Sanderson et Dewar élèves du service.

avoir plus de 12 ans. Le poignet gauche est immobile, considérablement gonflé et percé de plusieurs orifices fistuleux par où s'écoule le pus de la carie. Il existe une toux fréquente ramenant des crachats muco-purulents en abondance. Pouls à 86, faible. Langue nette. Nausées fréquentes et perte complète d'appétit. La diarrhée a cessé depuis peu à la suite de l'usage de pilules de plomb et d'opium. (Voir au commentaire, pour le traitement).

Marche de la maladie. — Durant une période de trois mois, la perte d'appétit, les nausées et les vomissements se sont reproduits par intervalles, les signes physiques restant les mêmes. Depuis lors, pourtant, la santé générale s'est améliorée peu à peu, la toux est devenue moins forte et l'expectoration plus moqueuse. Les sueurs ont beaucoup diminué et les aliments ont été digérés avec moins de peine. Vers la fin du mois de mai, il s'était même produit un certain embonpoint et la suppuration du poignet était devenue insignifiante. De l'un côté les signes physiques avaient beaucoup changé; les râles muqueux dans la plus grande partie du poumon gauche n'étaient plus aussi gros ni répandus sur une aussi grande étendue; le gargouillement sous-claviculaire s'était transformé en une sorte de bruit d'éclaboussement beaucoup plus limité. La pectoriloquie restait complète et l'expansion de la poitrine nulle en cet endroit. Toutefois, on constatait, à droite, une inspiration rude avec expiration prolongée au sommet; en même temps la sonorité à la percussion était un peu amoindrie. Pendant tout le mois de juin, le malade recommença à souffrir de nausées et de vomissements. Le 21, il eut des frissons accompagnés de tous les symptômes d'une fièvre continue, laquelle se termina au septième jour par une abondante diaphorèse. Peu de temps après survint une variole qui suivit son cours ordinaire. Pendant le mois de juillet et d'août, la santé générale se rétablit sensiblement. L'articulation du poignet s'ankylosa et les fistules se fermèrent. La diarrhée, pourtant, reparaissait encore de loin en loin. Il restait de la matité au côté gauche, mais les râles muqueux ne s'entendaient plus aussi bas qu'autrefois à la face antérieure. Une fine crépitation et une augmentation de la résonnance de la voix se remarquèrent alors au-dessous de la clavicule droite. Cependant, l'amendement général continua jusqu'à la mi-octobre; les sueurs et la diarrhée avaient disparu et la toux était devenue beaucoup moins violente. Le sujet commença alors à se plaindre de douleur en urinant, et l'examen du liquide rendu y fit découvrir de nombreux corpuscules de pus; l'acide nitrique et la chaleur y décélaient en outre une certaine quantité d'albumine. Ces symptômes persistèrent durant tout le mois d'octobre. Au 3 *novembre*, on lit au livre : — Matité prononcée à la percussion sur toute la face antérieure de la poitrine à gauche et bruit de pot fêlé sous la clavicule. Sonorité en arrière. A l'auscultation, friction rude à la partie inférieure du poumon gauche jusqu'à la hauteur du mamelon, et au-dessus, gros râles muqueux se transformant en gargouillement sous la clavicule. Pectoriloquie des mieux caractérisée en ce dernier endroit. Du côté droit, respiration puérile; râles sibilants en arrière, vers la fin de l'inspiration. Pas de sueurs, pas de diarrhée. De temps en temps, nausées et vomissements. La santé générale est beaucoup plus satisfaisante qu'elle n'a été; le malade se promène dans la salle et reste levé la plus grande partie de la journée. — 21 *décembre*. On lit : Matité prononcée dans toute l'étendue du côté gauche, excepté sous la clavicule où la percussion rend un son tympanique et un bruit de pot fêlé. A droite, résonnance naturelle. Sous l'extrémité acromiale de la clavicule gauche, l'oreille perçoit dans le lointain un faible gargouillement; la respiration est plus soufflante qu'auparavant et la pectoriloquie est complète. Les râles humides ont disparu dans tout le reste de ce poumon. Du côté droit, la respiration puérile s'entend dans toute la moitié inférieure du poumon; ailleurs le murmure respiratoire est normal. En arrière, matité s'étendant à tout le côté gauche mais absence de bruit de pot fêlé. A l'auscultation, mêmes signes qu'à la face antérieure. La santé générale s'est encore beau-

coup amendée. Le sujet se plaint encore parfois de nausées et de vomissements, mais en somme il prend bien ses aliments. L'urine est limpide mais contient de petits flocons lesquels, vus au microscope, se trouvent être des globules de pus agglutinés par un peu de mucus ; léger coagulum par la chaleur et par l'acide nitrique. La douleur en urinant est sensiblement diminuée. « Le malade continua de la sorte à se rétablir de jour en jour ; durant tout l'été de 1852, il alla si bien qu'il passait toutes ses journées en plein air et, sur sa demande, fut congédié le 1er août. Cette amélioration ne s'était pas démentie lorsque vers le milieu d'octobre, il fit une chute sur le dos ; le lendemain, il éprouva des frissons, suivis bientôt de symptômes fébriles, de perte d'appétit et d'hématurie. Le 1r novembre il rentra à l'Infirmerie et il fut constaté alors qu'une grande quantité de pus était rendue avec l'urine ; celle-ci, au dire du malade, continue de temps en temps à être teinte de sang. La miction s'accompagne de douleurs, mais il ne s'en fait pas sentir dans la région lombaire.

A l'examen de la poitrine, on trouve, à gauche, un fort bruit de gargouillement à la fois à l'inspiration et à l'expiration, s'étendant depuis la clavicule jusqu'au niveau de la troisième côte ; matité prononcée à la percussion. Sous la clavicule, forte pectoriloquie remplacée plus bas par de l'égophonie. A droite, sous la clavicule, on trouve de fins râles humides à l'inspiration avec augmentation de la résonnance de la voix, cependant la poitrine se distend bien de ce côté. La fièvre, la prostration et les urines purulentes continuèrent sans intermission et le malade succomba le 4 décembre 1852.

Autopsie. — Quarante huit heures après la mort.

Corps très amaigri ; les os du carpe de la main droite sont ankylosés, et la peau de cette région porte de nombreuses traces d'anciennes ouvertures fistuleuses.

Poitrine. — Côté droit : les plèvres sont adhérentes au sommet. Le poumon, également au sommet, est induré dans une étendue du volume d'un œuf de poule et fortement ridé à sa surface à l'endroit correspondant. A la coupe, on trouve dans cette portion indurée plusieurs concrétions crétacées, enkystées, séparées par du tissu pulmonaire condensé, dur et fibreux. Le reste du lobe supérieur contient encore quelques tubercules miliaires chroniques, disséminés çà et là ; mais à part cela le tissu pulmonaire est spongieux, crépitant, normal en un mot. Du côté gauche, les plèvres sont partout fermement adhérentes, et dans la moitié supérieure du poumon fortement atrophié en cet endroit, elles sont converties en une masse blanche, dense, fibreuse, de huit millimètres d'épaisseur mais allant en diminuant vers le bas. Le poumon lui-même n'a plus le volume du poing ; il ne crépite plus, est induré et flasque tout à la fois, évidemment à cause d'excavations internes. A la coupe, on voit la masse entière criblée de cavités communiquant plus ou moins entre elles, remplies d'une matière purulente et tapissées d'une membrane lisse. Un certain nombre avait l'aspect de poches assez semblables à celles décrites comme des dilatations des bronches. Au sommet se trouvaient deux concrétions calcaires enkystées du volume de grains de millet, mais nulle part ailleurs il n'existait de traces de dépôt tuberculeux. Le tissu fibreux qui sépare les cavités présente une texture fibreuse à reflet bleuâtre, ce qui tient à la présence de pigment ; rien absolument n'y rappellerait la texture pulmonaire. Les bronches sont remplies d'une matière visqueuse, muco-purulente. Le cœur, le larynx et la trachée ont conservé leur aspect naturel.

Abdomen. — Les gros intestins, surtout le cœcum, sont congestionnés : ils présentent çà et là des taches pigmentées couleur d'ardoise, des traces d'ulcérations cicatrisées, enfin une érosion chronique superficielle de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes, à contours irréguliers. Les reins sont de grosseur normale ; la coupe montre les bassinets dilatés et garnis de diverticules ampullaires remplis de

pus, lesquels ne sont autre chose que des abcès scrofuleux. Le tissu glandulaire est partout atrophié, et en plusieurs endroits les tubes sont oblitérés. Les glandes mésentériques et les autres organes abdominaux n'offrent rien à noter.

Examen microscopique. — L'examen microscopique de la membrane limitante des abcès pulmonaires ne décèle absolument que du tissu fibreux, sans trace d'épithélium. Nulle part il ne reste de vestige de membrane muqueuse.

Commentaire. Le traitement de ce malade a été institué d'après les principes qui seront exposés dans la suite. Le but principal que nous nous sommes proposé, fut d'exciter l'appétit, de diminuer les nausées, les vomissements et la diarrhée, enfin de soutenir les forces à l'aide de l'huile de morue et d'un régime généreux. Des vésicatoires volants furent appliqués à diverses reprises sur la poitrine. Durant l'attaque de fièvre éphémère et au début de la variole, des préparations antimoniales furent administrées à petites doses. Enfin, divers remèdes furent employés tour à tour afin de diminuer les douleurs en urinant : préparations anodynes, l'uva ursi, le baume de copahu, des diurétiques, etc, mais ce qui soulagea le plus ce furent des lavements amylacés additionnés de morphine en solution. Chose digne de remarque, chaque fois que les symptômes dyspeptiques s'amendaient et à mesure que l'huile de foie de morue et l'alimentation étaient mieux tolérées, la santé générale se raffermissait. De la sorte nous sommes parvenus à soutenir ce garçon pendant deux années et, si j'ose formuler ma conviction, nous eussions fini par obtenir une guérison définitive, sans l'accident qui est venu provoquer l'affection aiguë des reins à laquelle le malade a succombé.

Ce cas nous offre plusieurs points d'analogie avec celui de Barclay (Obs. CLXIV), notamment la diathèse scrofuleuse, la carie des os et l'excavation au sommet d'un poumon, au moment de l'entrée. Ici, néanmoins, la lésion pulmonaire était plus étendue et les désordres gastriques plus intenses et plus rebelles. La principale difficulté durant tout le traitement consista à régler les fonctions de l'estomac et des intestins. L'huile de morue et l'alimentation ne produisirent pas des résultats aussi accentués que chez Barclay, mais leur influence quoique lente dans ses effets fut pourtant bien manifeste.

Depuis longtemps je considérais la lésion pulmonaire comme en bonne voie de guérison, absolument de la même manière que dans l'observation CLXIV. L'autopsie nous a montré le tissu pulmonaire en train de se rétracter, l'affection tuberculeuse s'étant arrêtée. Ce cas offre un remarquable exemple d'un des modes de terminaison de la tuberculose pulmonaire, c'est-à-dire par la formation de poches ou de cavités ; la membrane qui les tapisse se régularise et cesse de verser un exsudat tuberculeux. Cette lésion a été décrite par des anatomo-pathologistes sous le nom de dilatation des bronches et par Corrigan comme une cirrhose du poumon (1). Les uns considèrent ces excavations comme le résultat d'une bronchite chronique

(1) *Dublin médical Journal*, vol. XIII; 1838.

et la suite d'efforts exercés au dedans des tubes aériens (1). Corrigan y voit l'effet d'une distension dont la cause est en dehors de ces tubes et tiendrait à la rétraction d'éléments fibreux de nouvelle formation. Il suffira néanmoins de réfléchir aux particularités signalées dans cette observation, pour être convaincu que nous avions bien affaire ici à de larges excavations tuberculeuses, lesquelles en comprimant le poumon y avaient détruit toute perméabilité et l'avaient converti en une sorte de coque fibreuse contractée, formant la paroi de ces excavations. Tout vestige de matière tuberculeuse avait déjà disparu, à l'exception de deux petites concrétions crétacées; les fonctions respiratoires s'accomplissaient uniquement par le poumon congénère; dans celui-ci, néanmoins, nous avons observé quelques tubercules chroniques sur une étendue assez limitée et que nous n'avions pas soupçonnés. La lésion pulmonaire, dans un cas semblable, pourrait-elle aboutir à une cicatrisation? Il serait hasardeux de le prétendre; toutefois, pouvons-nous ajouter, cet homme aurait sans doute continué à vivre longtemps encore dans cet état, sans l'accident qui vient d'occasionner sa mort. Au reste, qu'un grand nombre de cas semblable à celui-ci se rencontrent dans les autopsies, c'est ce que démontrent les observations de Renaud, lequel a donné des figures de plusieurs de ces prétendues dilatations bronchiques, dont un certain nombre sont évidemment le résultat d'une ulcération tuberculeuse (2). Cruveilhier (3) a représenté également un poumon offrant un aspect analogue.

Chez un autre malade du nom de Joseph Finnie, dont le cas ressemblait à celui de Finlay, j'avais diagnostiqué durant la vie, la même contraction du poumon et de semblables dilatations chroniques en correspondance avec les bronches. Cet homme mourut de maladie de Bright, à l'Infirmerie Royale, en janvier 1853. L'autopsie nous montra un état semblable de la texture pulmonaire; seulement, l'atrophie de l'organe n'était pas aussi avancée et les vestiges de l'infiltration tuberculeuse étaient encore plus reconnaissables.

Obs. CLXVII (4). — *Phthisie chronique. — Hypertrophie du foie. — Albuminurie. — Vaste caverne dans le poumon gauche. — Cicatrices et indurations dans le poumon droit. — Dégénérescence cireuse du foie et des reins. — Ulcération tuberculeuse des intestins.*

Commémoratif. — Margaret Clark, 39 ans, est entrée le 12 novembre 1844. Depuis deux ans elle était sujette à de fortes attaques de toux, s'accompagnant d'expectoration abondante et de crachements de sang. A partir de ce moment, elle maigrit considérablement, ne tarda pas à tomber dans un grand état de faiblesse, eut des

(1) Laennec, vol. 1, p. 201.

(2) Mémoires de l'académie royale de médecine, tome 1er, Pl. 4. Fig. 1, Pl. 5. Fig. 1, Pl. 7. Fig. 2.

(3) Anatomie pathologique, Livraison 32. Pl. 5, Fig. 3.

(4) Recueillie par M. Murdoch, élève du service.

sueurs nocturnes et parfois de la diarrhée. Les menstrues n'ont plus reparu depuis trois mois.

Symptômes a l'entrée. — Il existe une toux fréquente, prolongée, ramenant une copieuse expectoration purulente et déterminant parfois du vomissement. Une matité prononcée s'observe au côté gauche du thorax, s'accompagnant d'un bruit de pot fêlé très manifeste; il y a de plus un aplatissement des côtes sous la clavicule. Une matité sensible existe également au-dessous de la clavicule droite, mais la résonnance est bonne dans tout le reste du poumon. A l'auscultation du côté gauche, on entend un fort gargouillement, et de la pectoriloquie sur toute la face antérieure, mais avec diminution vers la base. Sous la clavicule droite, il se produit durant l'inspiration un fort râle muqueux et de la bronchophonie; inférieurement le murmure respiratoire reste naturel. En arrière, les signes physiques sont les mêmes qu'en avant. Tout exercice détermine une dyspnée considérable. Bruits du cœur normaux. Pouls à 110, faible. Perte complète d'appétit avec anorexie et vomissements après chaque repas. Langue légèrement chargée. Pas de diarrhée en ce moment, mais forte tendance à en avoir. Grande maigreur et sueurs profuses la nuit. Rien à noter concernant les autres fonctions. Prescr. : *Naphthe médicinal, 4 grammes. Teinture de cardamome composée, 30 grammes. Mixture camphrée 150 grammes. M. A prendre en six doses dans l'espace de deux jours. Lait coupé par partie égale avec de l'eau de chaux. Beef-tea fort avec pain grillé, souvent, mais en petite quantité.*

Marche de la maladie. — 16 *avril*. Depuis le jour de l'entrée jusqu'à ce moment, les signes physiques sont demeurés les mêmes; seulement, les râles humides au sommet du poumon droit ont diminué graduellement et pour ainsi dire disparu. A chaque période cataméniale, il est survenu une hémoptysie considérable durant plusieurs jours, s'élevant souvent à plusieurs onces dans les vingt-quatre heures. Peu de temps après son entrée, la malade regagna de l'appétit; on lui donna une alimentation substantielle; environ 250 grammes de vin et deux ou parfois trois cuillerées d'huile de foie de morue dans la journée. De temps en temps, ce dernier moyen a été suspendu et remplacé par quelque infusion ou teinture végétale amère, auxquelles il a même été adjoint des préparations ferrugineuses. De loin en loin la diarrhée a reparu, mais a pu être combattue avec succès au moyen d'une mixture calcaire et des astringents. La malade a de la sorte subi des alternatives de bien et de mal, toutefois elle est incontestablement mieux que lors de son arrivée à l'hôpital. — 7 *juillet*. Depuis l'époque dont il vient d'être parlé, on a constaté une augmentation graduelle du volume du foie. On sent aujourd'hui le rebord de cet organe au niveau de l'ombilic du côté droit; ce bord est arrondi et forme une tumeur abdominale distincte. L'amaigrissement est devenu extrême et, en dernier lieu, il est survenu des vomissements et une diarrhée des plus pénibles. On constate une injection caractéristique aux pommettes. La peau est chaude, le pouls à 120, faible; sueurs profuses la nuit; gargouillements bruyants dans tout le côté gauche de la poitrine, en même temps bruit de pot fêlé à la percussion et pectoriloquie. A droite, il existe une forte résonnance de la voix sous la clavicule; légère matité à la percussion et respiration sèche, caverneuse, ou rude et tubaire. Il persiste une toux pénible surtout la nuit. Crachats purulents et en abondance, parfois teints de sang. Depuis quelques jours les urines sont rares et contiennent de l'albumine; les pieds sont un peu gonflés. *Donner 60 grammes de gin au lieu de vin.* Prescr. : *Esprit d'éther nitrique, 15 grammes. Teinture de digitale, 8 grammes. Mixture de scille composée, q. s. pour faire 180 grammes. M. A prendre par cuillerée, trois fois par jour.* — 24 *juillet*. Urines très albumineuses et rares, malgré l'emploi des diurétiques à fortes doses, y compris le surtartrate de potasse. Le foie s'est encore accru et s'étend jusqu'au ligament de Poupart, sur lequel il repose. L'œdème monte jusqu'au dessus du genou. La faiblesse fait des progrès. — 17 *août*. La malade

résiste encore malgré son épuisement profond; mais aussi, s'est-on efforcé de soutenir les forces en donnant fréquemment et par petites quantités, une nourriture substantielle. Au reste, elle n'a jamais éprouvé de souffrance bien notable; seulement, dans ces dernier temps, il a fallu avoir recours à un peu d'éther et de morphine pour procurer du sommeil la nuit. Ce matin à 4 heures la respiration s'est embarrassée et la mort est survenue en peu d'instants.

Autopsie. — Trente-une heures après la mort.

Corps fortement amaigri.

Thorax. — Les deux plèvres sont fermement unies par des adhérences chroniques. Les sommets des deux poumons sont très ratatinés à l'extérieur. Tout le lobe supérieur du poumon gauche ne forme plus qu'une caverne de la dimension d'une noix de coco, contenant un air fétide et environ 120 grammes d'un liquide sale, purulent. Les parois sont tapissées d'une membrane pyogénique distincte, et sont formées au côté externe par la plèvre seule, et au côté interne par une couche de poumon indurée ayant une épaisseur d'un bon centimètre. Dans le lobe inférieur se rencontrent plusieurs masses de tubercule infiltré, ramollies en certains endroits, et formant de petites collections purulentes de la grosseur d'un pois jusqu'à celle d'une noisette. Dans l'épaisseur du lobe supérieur du poumon droit, il existe plusieurs excavations complètement sèches, de la dimension d'un grain de millet jusqu'à celle d'une petite noix. Entre ces cavernes, le parenchyme pulmonaire est considérablement induré par de la pneumonie chronique, et des dépôts pigmentaires lui donnent une couleur gris de fer. Le sommet présente encore plusieurs concrétions crétacées du volume d'un pois. L'une d'elles a la forme et la grosseur d'une amande; toutes sont entourées d'une capsule indurée. Les deux lobes inférieurs sont emphysémateux en avant. Au centre du lobe inférieur se trouve une tache blanche indurée, de la largeur d'une pièce de deux francs, et poussant autour d'elle des prolongements rayonnés dans toutes les directions. En coupant à travers cette tache, on la trouve formée par un tissu dense, blanc, de nature fibreuse, d'une épaisseur de trois millimètres; elle recouvre immédiatement une masse tuberculeuse indurée, du volume d'une noisette, d'un gris de fer et contenant comme des grains d'une matière craycuse. D'autres masses analogues, de volume variable, mais disséminées sur une grande étendue, donnaient une sensation de nodosités au toucher à toute la surface externe de ces deux lobes inférieurs. Le cœur est normal.

Abdomen. — Le *foie* est non-seulement augmenté de volume mais considérablement déformé. Le lobe droit s'est allongé au point d'atteindre la crête iliaque; il mesure verticalement 30 centimètres et 20 en travers. Le lobe gauche mesure 20 centimètres verticalement et 12 et demi transversalement. Tout l'organe pèse 3450 grammes. Sa plus grande épaisseur d'arrière en avant est de 10 centimètres. Son tissu rappelle l'aspect et la consistance d'une cire jaune sale, dense au toucher, à coupe unie et et à bords semi-translucides. La *rate* pèse 230 grammes, sa texture est normale. La muqueuse du cœcum offre une teinte noire s'étendant à la portion ascendante et jusque vers le milieu de la portion transverse du côlon, où la coloration va en se dégradant. Cette partie de l'intestin est garnie d'ulcères tuberculeux en voie de cicatrisation plus ou moins avancée, et entremêlés de brides et de nombreuses cicatrices. Les plus larges de ces ulcères sont du diamètre d'un franc, à bords irréguliers, taillés à pic et reposant sur un fond sale jaunâtre. *Les glandes mésentériques* sont partout hypertrophiées, indurées, de couleur blanche, et quelques-unes contiennent des dépôts tuberculeux. Les deux *reins* sont affectés de dégénérescence cireuse, pâles à l'extérieur, indurés, rugueux; à l'intérieur on trouve la substance corticale atrophiée, pâle et offrant des coupes à bords translucides.

Digitized by Google

L'utérus contient dans sa paroi inférieure une tumeur fibreuse du volume d'une noix ; il s'en rencontre encore trois autres, grosses comme de petits pois, à la paroi antérieure. Les ovaires sont contractés, rugueux et de consistance semi-cartilagineuse. Rien à noter dans les autres organes.

Examen microscopique. — Les tubercules présentent partout leurs caractères habituels. Les cellules du foie ont subi une modification remarquable; elles sont devenues incolores, refractent fortement la lumière, leurs noyaux ont disparu, et elles forment quand on les écrase des masses translucides et amorphes. La coloration noire du cœcum est due à des molécules et à des amas irréguliers de pigment noir.

Commentaire. — Cette malade, minée par une phthisie chronique, paraissait sur le point de succomber lorsqu'elle nous est arrivée. La prostration était extrême, une énorme excavation existait déjà dans le poumon gauche et plusieurs autres plus petites dans le droit. Malgré cela, nous avons pu lui prolonger la vie pendant neuf mois. Un traitement attentif en vue de rendre du ton à l'estomac, une alimentation substantielle par petites quantités à la fois, du vin et de l'huile de foie de morue avaient produit une amélioration graduelle; aussi, d'après moi, l'affection pulmonaire, à partir de ce moment, commença à diminuer. Les cavernes du côté droit se séchèrent, la cicatrisation et la transformation crétacée de la matière tuberculeuse firent des progrès, la grande excavation du côté gauche elle même devenait plus petite et plus circonscrite. Cependant, le foie en premier lieu et la rate ensuite subirent la transformation cireuse; il survint de l'œdème et la malade succomba.

Je vous ai déjà entretenus du caractère particulier de cette dégénérescence du foie et des reins (t. II, p. 321). Elle est excessivement commune chez les phthisiques, et l'observation histologique de ce cas, datant de 1845, a été faite au microscope avec beaucoup de soins. Autrefois, on confondait cette affection avec la dégénérescence graisseuse et on croyait même que l'usage de l'huile de morue pouvait en favoriser le développement. Aujourd'hui, la connaissance de la nature réelle de la dégénérescence cireuse éloigne toute hypothèse semblable, attendu que le foie n'est nullement graisseux. L'embarras de la circulation dans la veine porte et dans les reins, comme aussi la diminution du flux urinaire, détermine nécessairement une anasarque plus ou moins rapide, et telle complication finit tôt ou tard par enlever le malade.

Les observations précédentes font ressortir suffisamment les avantages du traitement qu'on peut qualifier de curatif, par opposition avec le traitement palliatif, dans la phthisie. Il est excessivement rare, pourtant, de constater une guérison radicale de ces malades, dans la pratique hospitalière, au moins lorsque le mal en était à un degré avancé, comme il l'était chez Barclay (Obs. CLXIV). Le plus souvent, dès qu'ils éprouvent un certain amendement, les sujets insistent pour retourner chez eux. Un petit nombre reviennent avec leur affection un peu plus avancée, on les remet de nouveau sur pieds, et ainsi de suite jusqu'à ce qu'ils succombent. Toutefois, je n'en doute pas, chez beaucoup de ces malades la guérison ne se

dément point. Dans la pratique privée les guérisons sont bien plus fréquentes; aussi, maintenant que les moyens physiques de diagnostic nous mettent à même de reconnaître sûrement cette affection et d'en suivre les progrès, ne me reste-il pas le moindre doute sur la supériorité du traitement curatif sur la médication palliative. Cependant, pour instituer le premier sur des principes exacts, il est nécessaire : 1° de connaître la marche naturelle de cette maladie; 2° d'en comprendre la pathologie et le traitement général; 3° de ne pas négliger non plus le traitement spécial adressé aux symptômes et aux complications. Il est donc indispensable d'arrêter un instant votre attention sur ces divers points.

I. *Marche naturelle de la phthisie pulmonaire. — Tendance à l'ulcération. — Modes d'arrêt.*

Le dépôt tuberculeux consiste, à son origine, en un exsudat liquide sorti des capillaires, absolument de la même façon que la lymphe plastique ordinaire. Dans cet état, il s'infiltre dans les interstices du parenchyme pulmonaire, traverse la membrane de revêtement des vésicules aériennes qu'il vient combler. J'ai en ma possession de nombreuses injections réussies, de poumons affectés de pneumonie, de tuberculose et de cancer : toutes démontrent unanimement que l'exsudat s'est épanché de la même manière et occupe la même place dans le tissu pulmonaire. Un tubercule miliaire est capable d'obstruer de cette façon de trois à vingt vésicules aériennes (fig. 197 et 198). L'exsudat fraîchement épanché se coagule et constitue un corps étranger solide, lequel ne pourra plus disparaître qu'après s'être désagrégé, pour redevenir propre à être absorbé ou rejeté de l'économie. De la sorte, les formes miliaire et infiltrée, à l'état de tubercules gris ou jaunes, finissent par se ramollir après un certain laps de temps; or ce travail peut commencer dans n'importe quelle portion de la masse et l'envahir ensuite graduellement tout entière. Ce ramollissement est une destruction ou mort lente de l'exsudat, aboutissant à une véritable ulcération, laquelle prend plus ou moins d'étendue suivant que le dépôt morbide était lui-même plus volumineux et plus largement disséminé. (fig. 194, 195 et 196) Lorsque l'exsudat est encore récent, le parenchyme pulmonaire dans son voisinage immédiat est plus ou moins congestionné; lorsqu'il est devenu chronique, ce même parenchyme s'indure et s'épaissit en formant une sorte de capsule autour du dépôt tuberculeux. La plèvre elle-même est souvent envahie; au début elle se couvre d'un exsudat fibrineux mou et contracte des adhérences plus ou moins larges; celles-ci à la longue deviennent fibreuses et acquièrent une épaisseur et une densité rarement observée dans aucune autre affection. Nécessairement, les bronches sont entreprises, et même les dernières ramifications sont des premières à être affectées; d'ailleurs, plus la tuberculose fait des progrès, plus elles présentent partout l'aspect de la bronchite chronique. A mesure que le travail ulcératif

Digitized by Google

prend de l'extension, le tissu du poumon se détruit de plus en plus, les excavations s'agrandissent et se multiplient (fig. 495 et 496), jusqu'à ce qu'enfin ces organes deviennent insuffisants pour les fonctions importantes qu'ils ont à remplir; alors, le malade succombe. D'ailleurs le plus

Fig. 494.

souvent cette issue fatale est hâtée par l'une ou l'autre affection intercurrente dans quelque autre organe.

La tendance à l'ulcération ou à la destruction de l'exsudat tuberculeux,

Fig. 494. Coupe d'un poumon, au premier degré de la phthisie pulmonaire. Ramollissement ulcératif commençant au sommet.

Deux tiers de grandeur naturelle.

a été considérée généralement comme son caractère principal; cependant, il se rencontre peu de cas où son évolution est uniforme; plus souvent le mal semble sommeiller ou s'arrêter à plusieurs reprises. Au reste, tous les anatomo-pathologistes ont reconnu, même dans les plus mauvais specimens de

Fig. 495.

poumons tuberculeux, de fréquentes cicatrices et des tentatives évidentes de guérison. Ces essais de la nature sont plus ou moins parfaits, et lorsqu'ils sont incomplets, c'est que d'ordinaire à mesure qu'une partie malade

Fig. 495. Coupe d'un poumon, au second degré de la phthisie pulmonaire. Le lobe supérieur est infiltré de tubercules, et une large caverne s'y est formée.
Deux tiers de grandeur naturelle.

se cicatrise une autre portion devient le siége d'un nouveau dépôt tuberculeux.

Les cicatrices présentent des aspects différents, suivant que les cavités auxquelles elles ont succédé étaient superficielles ou profondes. Dans le

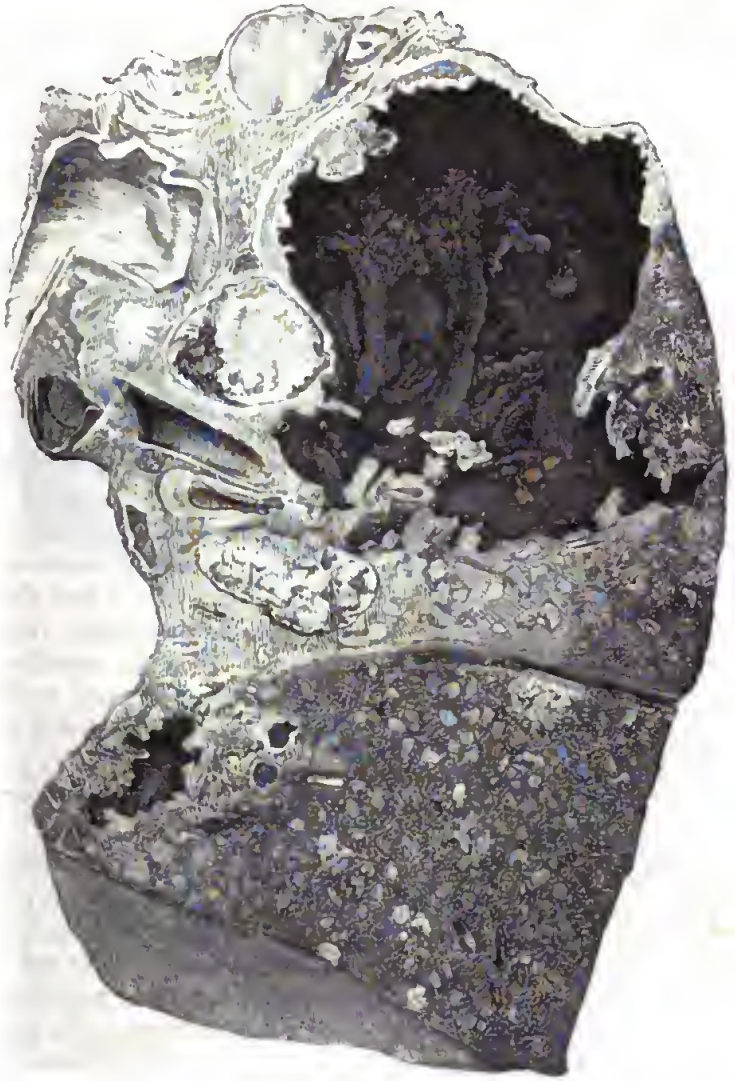


Fig. 496.

premier cas, on observe généralement que les plèvres sont plus ou moins adhérentes et épaissies; bien plus, cette membrane constitue fréquemment la seule paroi externe de la cavité tuberculeuse. A mesure que les matières

Fig. 496. Coupe d'un poumon, au troisième degré de la phthisie pulmonaire. Une seule caverne occupe la moitié supérieure de l'organe, et une autre plus petite s'est formée dans le lobe inférieur. *Deux tiers de grandeur naturelle.*

renfermées dans la caverne sont expectorées ou transformées, la lymphe se contracte graduellement, attire le poumon jusque contre la paroi thoracique, dont on ne parvient plus même à le séparer sans une grande violence. D'autres fois, cependant, la caverne est située plus profondément, et l'adhérence est très légère ou il ne s'en établit même aucune. Dans ce dernier cas, lorsque les parois de la caverne se contractent, elles attirent la surface pleurale du poumon de leur côté, et ainsi s'établissent ces rides irrégulières, visibles à la surface de l'organe.

Parfois on ne découvre pourtant aucune trace de matière tuberculeuse dans ces cicatrices ni dans leur voisinage. Elle se composent alors d'un tissu dense, fibreux, et le parenchyme qui les entoure offre une coloration noire bleuâtre, par suite d'un dépôt exagéré de pigment, et aussi par l'effet de la condensation du tissu produite par l'exsudation chronique. Le plus souvent néanmoins, ces contractions et ces vides se remarquent autour de tubercules ayant subi diverses transformations; ce sont par exemple des masses de tubercule à l'état de crudité, environnées par un kyste. Ces tubercules ont alors une densité inaccoutumée, renferment des granules de sels terreux en plus ou moins grand nombre, tout en conservant leur couleur jaunâtre. Souvent, aussi, ils sont blancs et friables comme une matière crayeuse. Pour arriver à cet état, les portions molles ont dû être absorbées, et, sous le microscope, on reconnait seulement des masses irrégulières de matière terreuse, mêlée à de nombreux granules et à des cristaux de cholestérine. (Fig. 199, 404). D'autres fois, le tout s'est converti en une masse calcaire solide, souvent de forme arrondie, rarement avec de nombreux prolongements et des irrégularités, remplissant en entier les cavités et les bronches avec lesquelles ils se trouvent en rapport. Ces concrétions crétacées et calcaires peuvent rester un temps indéfini dans le parenchyme pulmonaire, ou encore être évacuées par les bronches avec les crachats. Quant au kyste qui les entourait, il laisse pour toute trace une cicatrice linéaire compacte.

Tel est le mode de cicatrisation ordinaire des ulcères tuberculeux. Tout s'y passe exactement de la même manière que pour les abcès résultant d'une exsudation simple dans les autres tissus parenchymateux. Au reste, l'identité des deux processus est suffisamment établie par la fréquence des dépôts calcaires dans ce dernier cas. Si donc on parvenait à arrêter le dépôt ultérieur de tubercules, je ne vois pas pour quelle raison les cavernes du poumon ne se cicatriseraient pas avec la même fréquence que les ulcérations ou les abcès des autres organes internes. Au reste, les dissections attentives des anatomo-pathologistes ont établi, dans ces derniers temps, que cet arrêt, loin d'être rare et extraordinaire, est en réalité d'une extrême fréquence. En 1845, je fis une série de recherches concernant les masses crétacées et les vides si fréquemment observés au sommet des poumons, chez les personnes avancées en âge. Or, voici à quelle conclusion je suis arrivé; c'est que l'arrêt spontané de la tuberculose à son premier degré se produit dans la proportion du tiers et même de la moitié

du nombre total des individus qui succombent après l'âge de quarante ans. Les observations de Roger et de Boudet, à la Salpêtrière et à Bicêtre, sur des individus ayant généralement passé l'âge de soixante dix ans, établissent pour ces gens une proportion de moitié ou même des quatre cinquièmes.

Voici d'ailleurs les faits qui démontrent que les concrétions calcaires et crétacées s'accompagnant de ces excavations sont des exemples de tuberculose avortée.

1° Il se rencontre fréquemment une forme de tubercule induré et cir-

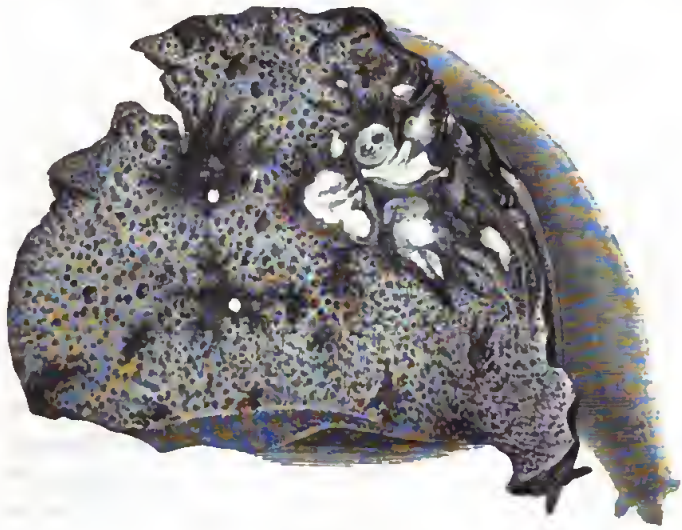


Fig. 497

conscrit, donnant au toucher la sensation d'un sable grossier, et qui après dessication ressemble beaucoup aux concrétions calcaires.

2° Ces concrétions se rencontrent exactement dans les mêmes situations que les tubercules. Ainsi, elles sont surtout communes au sommet des deux poumons. Elles s'observent fréquemment dans les glandes bronchiales, mésentériques et autres glandes lymphatiques, dans les muscles psoas, et dans d'autres tissus qui ont été le siége de dépôts tuberculeux ou d'abcès scrofuleux.

3°. Lorsqu'un poumon est le siége d'une infiltration tuberculeuse dans toute son étendue, on y observe généralement les tubercules les plus récents à la base, des tubercules plus anciens et peut-être des cavernes un peu plus haut, enfin des concrétions crétacées et calcaires au sommet.

4°. La comparaison avec le poumon de l'autre côté montre fréquemment

---

Fig. 447. Coupe du sommet d'un poumon droit, montrant des masses calcaires plus ou moins infiltrées et entourées de depôt charbonneux. Un grand nombre de vésicules aériennes sont dilatées, constituant un commencement d'emphysème. Cette préparation, appartenant à mon cabinet, fournit un specimen caractéristique du mode suivant lequel une quantité considérable d'exsudat tuberculeux s'arrête par la dégénérescence calcaire. *Grandeur naturelle.*

A l'autopsie, on trouve les méninges de la base fortement congestionnées et recouvertes d'une couche épaisse de lymphe récemment coagulée, et, çà et là d'un peu de sang extravasé. Le sommet du poumon droit présente une remarquable cicatrice constituée par un tissu fibreux serré, de couleur blanche, d'une épaisseur variant de six à dix-huit millimètres et mesurant sept centimètres et demi en longueur. La surface pleurale au voisinage est fortement ridée. En pratiquant dans le poumon une coupe parallèle à la cicatrice externe, on voit, immédiatement au-dessous, des indurations linéaires de couleur noire, au milieu desquelles on remarque cinq concrétions crétacées de volume variable, depuis la grosseur d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'un gros pois; le tissu pulmonaire avoisinant est sain (Fig. 498). Le sommet du poumon gauche est aussi fortement ratatiné, et contient

Fig. 498.

six ou sept concrétions crétacées entourées chacune d'un kyste fibreux serré, de couleur noire.

Un monsieur intelligent et à l'air très respectable, qui était présent à l'autopsie,

---

Fig. 498. Coupe de la partie inférieure du poumon de Keith; on a laissé le sommet intact pour montrer les rides profondes qui en recouvrent la surface. La cicatrice linéaire de la caverne est fortement infiltrée de dépôts charbonneux noirs, et on y remarque cinq concrétions crétacées, dont trois enkystées. Cette préparation, actuellement en ma possession, est peut-être un spécimen unique de la cicatrisation d'une aussi vaste caverne tuberculeuse dans le poumon.

Grandeur naturelle.

m'apprit que Keith, dans sa jeunesse, avait été loin de vivre dans l'aisance; il avait même été obligé, pour gagner son pain, de s'engager comme aide chez un écrivain public. Vers l'âge de vingt deux ou vingt trois ans, il fut en proie à une maladie de langueur, et on désespéra de ses jours. Vers cette même époque, cependant, ses connaissances le perdirent de vue, mais on sut depuis qu'il avait été se faire maître d'école dans une paroisse de l'ouest de l'Ecosse, et là sa santé se rétablit. Revenu à Edimbourg depuis six ans, il avait tâché de gagner sa vie en enseignant le latin et le français. Il ne réussit que très médiocrement et se laissa aller à des habitudes d'intempérance. Enfin, il devint sujet à des accès de manie, apparemment à la suite de boire. C'est dans un accès de ce genre, mais d'une violence inaccoutumée, qu'on l'apporta à l'Infirmerie où il succomba pour ainsi dire en arrivant.

Dans l'observation qui précède, les faits suivants méritent de fixer notre attention : 1° Vers l'âge de vingt-deux ou vingt-trois ans, cet homme eut un ulcère tuberculeux dans le poumon droit, et ses dimensions doivent avoir été énormes, car la cicatrice bienque rétractée mesure encore sept centimètres et demi. 2° Des exsudats tuberculeux ont existé au sommet du poumon droit. Il est donc très probable que le récit fait par son ami, lors de l'autopsie, est exact; à savoir, qu'étant jeune il fut en proie à tous les symptômes d'une phthisie pulmonaire avancée. 3° Devenu instituteur paroissial, ayant donc changé de résidence et d'occupation, les conditions matérielles de sa vie s'améliorèrent et les symptômes finirent par se dissiper. Nous sommes donc en droit de conclure que ce fut vers cette période, que l'excavation dans le poumon droit se guérit en se cicatrisant; en même temps les exsudats tuberculeux du poumon gauche se convertissaient en masses crétacées et s'arrêtaient dans leur développement. 4° Lorsqu'à un âge plus avancé, le sujet retomba dans la misère en devenant ivrogne, l'exsudation tuberculeuse ne se reproduisit plus, mais il fut atteint de délirium tremens. Cette fois il se fit un épanchement à la surface des membranes du cerveau, et cette lésion détermina la mort.

Bien que la curabilité de la phthisie, même à son degré le plus avancé, ne puisse plus, à cette heure, être révoquée en doute, on a soutenu que ce résultat tient exclusivement à l'intervention de la nature et que le médecin y a fort peu de part. Andral qui fut un des premiers à admettre la cicatrisation accidentelle des cavernes s'exprime de la manière suivante: « Aucun fait ne démontre que la phthisie ait jamais été guérie, car ce n'est pas l'art qui opère dans la cicatrisation des cavernes, il peut tout au plus la favoriser, en ne s'opposant point aux opérations de la nature. De tout temps on a cherché des remèdes capables, soit de combattre la disposition aux tubercules, soit de les détruire lorsqu'ils sont formés, et ainsi, des spécifiques innombrables, choisis dans toutes les classes des médicaments ont été prônés et délaissés tour à tour » (1). Mais si l'expression d'Hoffman est exacte : « Medicus naturae minister non magister est », il s'ensuit, qu'en observant attentivement les opérations de la nature, en étudiant la

(1) *Dictionnaire de médecine*, 1re édit. Phthisie.

méthode qu'elle emploie pour guérir, en imitant ses procédés d'aussi près que possible, en évitant ce qu'elle signale comme nuisible et en fournissant ce qu'elle demande manifestement, on doit pouvoir arriver aux indications rationnelles du traitement. Les observations de Keith et de Barclay, à mon avis, témoignent que nous avons atteint en grande partie cette fin. Cette réflexion nous amène naturellement à étudier la pathologie et le traitement général de la phthisie pulmonaire.

II. — *Pathologie de la phthisie pulmonaire.*

Beaucoup de médecins doués de l'esprit d'observation, ont certainement noté que la phthisie pulmonaire s'annonce par un appétit capricieux, une langue chargée ou d'une netteté maladive, une acidité inaccoutumée de de l'estomac et des voies digestives, de l'anorexie, de la constipation alternant avec de la diarrhée, enfin par une diversité de symptômes qualifiés de dyspeptiques, ou se rapportant à un dérangement fonctionnel des premières voies. Au surplus, on ne saurait guère nier que, dans la grande majorité des cas, ces symptômes n'accompagnent la phthisie pulmonaire dans tout son cours et n'aillent en s'aggravant à mesure que l'issue fatale s'approche. Or, comme les qualités nutritives du sang sont sous la dépendance immédiate de l'assimilation et que celle-ci ne saurait manquer d'être troublée par suite de cet état maladif des voies digestives, il en résulte nécessairement à la longue un état d'appauvrissement de ce liquide et une réparation imparfaite des tissus. Bien plus, si dans de semblables circonstances un exsudat vient à se produire, il est inapte, comme les histologistes l'ont démontré, à donner naissance à des cellules parfaites; seulement, des corpuscules se forment lentement, puis se désagrègent de même, en déterminant du ramollissement et de l'ulcération, lesquels prennent de plus en plus d'extension à mesure que la quantité d'exsudat augmente.

Il suffit d'observer les circonstances qui précèdent la maladie ou ses causes prétendues pour se convaincre qu'elle a sa véritable origine dans un trouble digestif et dans une assimilation imparfaite. Aussi, la phthisie est-elle essentiellement une affection de l'enfance et de la jeunesse, — c'est-à-dire de cette période de la vie où la nutrition est employée à la formation des tissus de l'économie. Diminuez la quantité d'aliments nécessaire à un adulte, et vous ne provoquerez pas la tuberculose; au contraire elle se produira presqu'à coup sûr, s'il s'agit d'un enfant ou d'un jeune sujet. On a cru reconnaître que l'hérédité, la respiration d'un air habituellement vicié, certaines professions insalubres, l'humidité, certaines localités particulières, l'absence de lumière solaire et d'autres conditions encore constituent autant de causes prédisposantes à la phthisie. Le plus souvent, plusieurs de ces causes se combinent, de telle sorte qu'il serait bien difficile d'assigner à chacune d'elles son influence. Cependant, quel que soit le cas, elles déterminent invariablement, au début, un trouble plus ou moins marqué dans les fonctions nutritives et s'accompagnent de

dyspepsie et d'autres signes d'une assimilation incomplète des aliments.

Depuis la publication, dans notre cinquième édition (voir aussi t. I, p. 236), de la théorie qui précède, concernant la pathologie de la tuberculose, le Dr Burdon Sanderson a proposé de changer le terme de tubercule en celui de *production adénoïde* (1). On pourrait, à la vérité, trouver une certaine ressemblance entre un amas de molécules et de corpuscules tuberculeux au sein d'un tissu fibreux, comme nous en avons décrit, et un amas similaire dans une glande de Peyer (voir fig. 197, 198); mais un peu de réflexion suffit pour montrer qu'une telle distinction est plutôt verbale que réelle. Ce n'est pas tant de la granulation indurée, disséminée, se rencontrant par hasard qu'il s'agit, mais plutôt d'un dépôt morbide chronique très étendu. Au reste, ce n'est point dans la plèvre ni dans le péritoine où se rencontrent parfois les productions fibroplastiques, que l'on peut étudier convenablement le mode de formation du tubercule, mais bien plutôt dans le poumon, où l'altération est la plus commune et le mieux caractérisée. Transférer ou limiter le terme de tubercule à un granule accidentel et appliquer l'expression d'inflammation ou de production adénoïde à un produit morbide chronique, essentiel et général, ne constitue pas en réalité un progrès en pathologie.

Ce que nous avons prétendu dès l'abord et ce que nous maintenons, c'est qu'il s'agit ici d'une *exsudation tuberculeuse*, différant des exsudations inflammatoire et cancéreuse par son peu de vitalité et par une tendance moins forte à la formation de cellules : tel est l'élément essentiel de la phthisie pulmonaire. Deux admirateurs de Virchow, quoique français, ont proposé récemment de séparer la phthisie ordinaire de la granulation tuberculeuse des poumons, faisant de celle-ci une *pneumonie tuberculeuse* (2). Niemeyer, de son côté, a proposé de remplacer le terme de phthisie par celui de *pneumonie chronique*. Ces propositions, quoique essentiellement d'accord avec les doctrines exposées dans cet ouvrage, ne me paraissent offrir aucun avantage réel. Ce n'est pas tant le nom à donner à un état morbide, qui offre véritablement de l'importance, mais bien une compréhension nette de cet état morbide même. Il y a déjà bien des années que nous signalions l'existence d'une vraie pneumonie vésiculaire, laquelle, pour l'œil nu, ressemble à des grains disséminés de tubercules jaunes, mais qui, au microscope, présente des squames épithéliales détachées et des cellules de pus mêlées avec une fine matière moléculaire (t. II, p. 291). La distinction entre les pneumonies vésiculaire, lobulaire et lobaire, est admise aujourd'hui par tous les pathologistes; or, les mêmes formes dépendant de l'étendue et du siège de l'exsudation s'observent et s'appliquent également aux dépôts tuberculeux.

Sachant donc que le tubercule est essentiellement un exsudat coagulé,

(1) Voir *Edinburgh Medical Journal*, Nov. 1869, et *Eleventh Report of the Medical Officer of the Privy Council*. Plate 5, fig. 3.

(2) Bérard et Cornil, sur la phthisie, 1867.

il nous reste à chercher pourquoi cet exsudat ne se transforme point avec rapidité en cellules de pus, comme cela se fait dans une pneumonie aiguë? C'est la conséquence d'un défaut de force et de l'insuffisance de l'activité vitale formative dans l'organisme. Mais à quoi tient à son tour ce manque d'énergie? Il résulte de ce que, par suite du défaut de la nutrition ou d'autres causes, la composition du sang est altérée à tel point que ses constituants liquides exsudés, n'offrent que des matériaux insuffisants pour la formation de cellules. Cependant, il ne faut pas l'oublier, le sang subit des modifications continuelles, tantôt recevant des matériaux nouveaux, tantôt en abandonnant, et il ne conserve, à vrai dire, jamais la même composition. Un exsudat peut donc à un moment donné abonder en éléments qui manquent d'autres fois. C'est ce qui explique la présence dans les tissus chez les tuberculeux de tous les genres de produits intermédiaires, et comment les matières exsudées associées avec les formes inférieures des productions morbides, se rencontrent aussi parfois en compagnie d'autres formations plus élevées. Les productions cancéreuses, pourtant, coïncident bien rarement avec des tubercules.

Quelle est donc la nature, la cause essentielle de cette altération nutritive, capable de modifier le sang de telle sorte que l'exsudation de son plasma donne naissance à un produit tuberculeux? Pour élucider cette question, il est nécessaire de connaître d'abord de quelle manière les fonctions digestives sont affectées primitivement. Nous savons que les aliments se composent essentiellement d'éléments albumineux, graisseux et minéraux; ces éléments sont réduits, dans le canal digestif, à l'état liquide, par l'action mécanique des dents, de la bouche et de l'estomac et surtout par l'action chimique dissolvante des sucs acides et alcalins sécrétés par le tube digestif. L'observation du genre particulier de dyspepsie qui accompagne si fréquemment le développement de la tuberculose, montre à l'évidence que ce trouble digestif est dû à un excès d'acidité des premières voies, excès d'acidité qui favorise la dissolution des éléments albumineux et minéraux, mais qui s'oppose à l'émulsion des matières graisseuses. Le Dr Dobel attribuait cet état de choses à une diminution de la sécrétion pancréatique. Dans la jeunesse, on constate un éloignement prononcé à manger des substances grasses, et dans les classes pauvres, quand l'alimentation est insuffisante, ce sont ces substances qui manquent le plus, parce que c'est pour ces classes l'article alimentaire le plus couteux (1). De part et d'autre, c'est le défaut d'assimilation d'éléments adipeux et leur diminution dans le sang, tandis que les éléments albumineux sont comparativement en excès, qui apporte peu à peu le trouble dans la nutrition. La base moléculaire du chyle est appauvrie, les molécules élémentaires indispensable à la formation de globules normaux dans le sang sont insuffisantes, le plasma sanguin est partant pauvre en graisse et riche en albumine; il en résulte que le développement organique est affecté et

(1) Voir le rapport du Dr Edward Smith.

affaibli dans son ensemble. Enfin, si des exsudats se forment, surtout dans les poumons, il y a prédominance de l'albumine, ils montrent peu de tendance à se transformer en cellules et aboutissent seulement à la production lente de cette matière nucléaire abortive, à laquelle s'applique le nom de tubercule. Telle est, pour nous, l'explication du développement de la phthisie, qui concorde le mieux avec tous les faits connus se rapportant à l'origine et à la marche de cette affection. Nous citerons encore à l'appui de ces opinions : 1° la composition chimique des aliments et leurs transformations dans l'économie; 2° les relations qui existent entre la digestion et les forces en action dans l'individu ; 3° enfin, les résultats de notre expérience et de notre traitement, dont il sera question plus loin.

III. — *Traitement général de la phthisie pulmonaire.*

Le traitement général de la phthisie pulmonaire doit avoir pour but de parer au vice de la nutrition dans lequel, comme nous l'avons vu, réside la cause véritable de cette affection.

1. La nutrition pour être normale requiert un mélange proportionné d'éléments albumineux, carbonés et minéraux. Cette proposition ressort des expériences physiologiques de Tiedemann et Gmelin, de Leuret et Lassaigne, de Magendie et d'autres savants. Elle serait d'ailleurs à présumer d'après la composition du lait, aliment naturel des jeunes mammifères, comme aussi d'après les éléments contenus dans l'œuf, source de laquelle dérivent les tissus des animaux ovipares, avant même que la coquille soit rompue. Enfin ces mêmes éléments indispensables à la nutrition, forment la partie constituante de la nourriture des animaux adultes. Les recherches des chimistes, celles entre autres de Prout et de Liebig, aboutissent exactement à la même conclusion, puisqu'elles établissent que la nutrition exige à la fois des éléments carbonés et des éléments azotés, ou, comme on les appelle encore, des aliments respiratoires et des aliments plastiques ou hématopoïétiques; or, on sait que l'huile est le type des premiers et l'albumine le type des seconds. La théorie chimique reste imparfaite, néanmoins, car elle ne nous a pas encore appris comment les tissus se forment à l'aide de ces éléments; d'ailleurs, il ne suffit pas qu'une substance contienne des principes carbonés ou albumineux pour être nutritive, il faut encore que ces principes soient susceptibles de se transformer en corps gras ou en albumine.

La raison de ce fait a été signalée d'abord par le Dr Ascherson, de Berlin, en 1840, et j'ai été le premier à la faire connaître dans la Grande-Bretagne, en 1841. Je me suis alors appliqué à démontrer que les molécules élémentaires, formées par une particule d'huile enveloppée d'une couche d'albumine en triturant ensemble de l'huile et de l'albumine, comme Ascherson le faisait, ne se transforment pas directement en globules sanguins ni en aucun autre élément de tissu, comme cet auteur le supposait.

Pour cela, il faut que ces corpuscules subissent une série de transformations préalables, transformations importantes à comprendre, non seulement au point de vue de la nutrition en général, mais aussi tout spécialement par rapport à ce qui se passe dans la production de la phthisie. Les phases successives que comporte l'assimilation chez l'homme comprennent : 1° l'introduction d'une matière organique dans l'estomac et le canal alimentaire ; 2° la transformation de cette matière, par le travail de la digestion, en composés albumineux et huileux : ce processus est purement chimique ; 3° la pénétration à travers la membrane muqueuse de ces composés réduits à l'état liquide, et leur union dans les villosités terminales et dans les vaisseaux chylifères, pour former des granules élémentaires et des noyaux : ce processus est physique ; 4° la transformation de ces noyaux d'abord en corpuscules du chyle et plus tard en globules du sang : ce dernier processus est vital. Le liquide sanguin après avoir subi une élaboration encore plus avancée, fournit les matériaux à la nutrition des tissus. Il est donc de toute évidence que si les premières phases du processus laissent à désirer, les autres seront également défectueuses. On comprend dès lors comment une alimentation insuffisante sous le rapport de la quantité ou de la qualité, en diminuant le nombre des molécules nutritives élémentaires, trouble inévitablement la nutrition.

Lorsqu'on examine, à un grossissement de 250 diamètres, une goutte de chyle provenant du canal thoracique d'un animal, trois heures après un repas, on la trouve constituée, premièrement, d'une base moléculaire (Gulliver) composée de particules infiniment petites, et secondement, d'une multitude de corpuscules en voie de transformation plus ou moins avancée en globules du sang. Cette base moléculaire, de nombreuses analyses chimiques l'ont établi, se trouve consister principalement en graisse émulsionnée par son mélange avec l'albumine. En résumé, ces deux principes importants, graisse et albumine, constituent les éléments essentiels du chyme nutritif. L'un maintenant l'autre divisé en particules excessivement minimes, ils traversent les villosités et forment ce liquide laiteux connu sous le nom de chyle. Je ne m'arrêterai point à vous décrire les transformations ultérieures que subit ce chyle lors de son passage à travers les glandes mésentériques, et les degrés successifs d'élaboration auxquels il est soumis dans les glandes sanguines et dans les poumons. Nul ne doute que la graisse et l'albumine extraites des

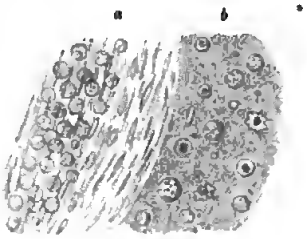


Fig. 499.

Fig. 499. Chyle provenant du canal thoracique d'un chien, trois heures après un repas. *a*, Chyle liquide composé d'une base moléculaire et de globules en voie de transformation plus ou moins avancée en globules sanguins. *b*, Globules du chyle emprisonnés dans de la fibrine ayant pris la forme de fibrilles. Ces globules sont ronds vers les parties centrales, mais ils sont plus ou moins comprimés et alongés près des bords.

250 *diam.*

aliments et ainsi modifiées chimiquement et mécaniquement dans l'organisme, ne constituent les matériaux destinés à la formation du sang. Il n'est pas moins certain également, que la présence et la réduction de ces mêmes éléments en une émulsion convenablement proportionnée, soient absolument nécessaires à l'entretien et au renouvellement des propriétés vitales du sang.

L'un des caractères particuliers de la phthisie, c'est un excès d'acidité dans les voies digestives. Il en résulte que les principes albumineux des aliments se dissolvent avec facilité, tandis que les sécrétions alcalines, la salive et le suc pancréatique, étant plus que neutralisées, deviennent inaptes à transformer les principes carbonés des aliments végétaux en huile, et partant à préparer pour l'assimilation les matières graisseuses introduites dans l'économie. Le sang se charge donc d'un excès d'albumine, comme l'ont démontré les analyses chimiques; ne trouvant plus dans les produits de la digestion les éléments graisseux qu'il lui faut, il les tire des tissus eux-mêmes; de là cette émaciation extraordinaire et caractéristique dans cette affection. En même temps, les poumons deviennent le siége de congestions locales fréquentes, d'où résultent des exsudations de nature albumineuse qui constitueront le tubercule. Ce dernier produit, en effet, manquant de la proportion nécessaire de principes graisseux, les molécules élémentaires restent impropres à constituer des noyaux capables de former ensuite des cellules; le processus formatif avorte donc et il se produit seulement des corpuscules tuberculeux. De la sorte, une lésion locale vient s'adjoindre à l'affection constitutionnelle, et il en résulte cette maladie complexe à laquelle on a donné le nom de phthisie pulmonaire, maladie qui se compose de symptômes imputables en partie au canal alimentaire et en partie aux organes pulmonaires.

L'indication qui prime toutes les autres dans le traitement général de la phthisie pulmonaire, c'est de réformer la nutrition de l'économie. Or cela ne consiste point simplement à augmenter la quantité ou à améliorer la qualité de la nourriture, mais surtout à mettre en œuvre tous les moyens propres à assurer au malade : 1° un régime approprié; 2° une assimilation normale et la formation d'un sang de bonne qualité; 3° une épuration convenable de ce dernier liquide par l'atmosphère; 4° un exercice suffisant, condition indispensable pour que l'organisme éprouve le besoin d'adjoindre de nouveaux matériaux à ses tissus, et 5° une excrétion convenable des déchets organiques, par les divers émonctoires de l'économie. Tous ces processus sont impliqués dans la fonction de nutrition. Nous allons exposer succinctement nos idées concernant les meilleurs moyens de venir en aide à la nutrition chez les phthisiques, dans une série de paragraphes où nous traiterons du régime, de l'huile de foie de morue, de la pureté de l'atmosphère, du climat, de l'exercice, et des bains.

Régime. — L'un des symptômes prédominants chez les phthisiques, c'est la diminution de l'appétit, lequel devient capricieux, déréglé, parfois

même est remplacé par de la répulsion pour les aliments. Le grand nombre de ces malades, cependant, vous assureront qu'ils mangent très bien, mais une enquête détaillée à ce sujet vous apprendra qu'ils sont vite rassasiés, ou qu'ils sont de petits mangeurs. Les parents même vous diront que le malade mange à son ordinaire, qu'ils n'ont pas observé de changement de ce côté et ainsi de suite; cependant, le fait est que les aliments ingérés sont notablement au-dessous de la moyenne qui devrait en être prise. Au reste ces malades s'observent généralement si peu, ou bien ont une telle tendance à se représenter ce qui concerne leur santé sous de si favorables aspects, qu'il n'est pas rare du tout d'en rencontrer qui vous diront à chacune de vos visites qu'ils sont mieux, et cela jusqu'à leur dernier jour. J'ai souvent fait cette remarque dans mes cliniques, que dans les notes consignées jour par jour dans le registre de salle par l'élève de service, l'appétit est de plus en plus satisfaisant, tandis que le malade devient chaque jour plus maigre, plus faible et finit par succomber. Chez les pauvres et dans les bas-fonds de cette population toujours à moitié affamée, il arrive par contre que ce n'est pas toujours l'appétit qui fait défaut mais bien les aliments eux-mêmes. L'effet est toutefois identique dans les deux cas; le corps n'est pas suffisamment nourri, le travail de décomposition des tissus s'opère avec plus de rapidité que le processus de réparation à l'aide de matériaux nouveaux, en un mot, le sang manque des éléments nécessaires à l'entretien de la santé.

Dans tous les cas de phthisie pulmonaire, il faudrait un régime généreux consistant en lait bouilli, crème, œufs, beurre, pain grillé, toute sorte de nourriture animale et de puddings farineux. Les substances et les boissons acides doivent en règle générale être évitées, à raison de cette tendance si commune à la dyspepsie par excès d'acidité. Un verre ou deux d'un vin généreux (Xérès), ou deux ou trois verres d'un bon vin de Bordeaux non acide, peuvent être accordés après le dîner. On s'efforcera d'apporter autant que possible de la variété dans l'alimentation, et on veillera à ce que les viandes soient toujours cuites à point et de qualité supérieure, afin de tenter l'appétit peu prononcé et capricieux de ces malades. Pour ce qui est de la quantité, je n'ai jamais vu la nécessité de poser des limites. La difficulté ordinaire c'est de faire manger assez, et dès qu'on y est parvenu on peut hardiment prédire une amélioration prochaine des symptômes. On saura, néanmoins, qu'il ne suffit pas de manger et de se charger l'estomac, si la digestion se fait mal et l'assimilation pas davantage. Sous ce rapport, les sujets diffèrent; les uns s'accommodant de deux ou trois repas par jour, d'autres au contraire se trouvent mieux de manger plus souvent et de plus petites quantités à la fois. Nulle part la surveillance constante d'un médecin judicieux n'est appelée à rendre plus de services que dans l'observation des effets du régime et dans son appropriation convenable, d'après les résultats constatés dans chaque cas particulier.

Lorsqu'il existe une fièvre intense avec accélération du pouls et une langue saburrale, il n'y a naturellement pas de désir pour des aliments

solides. Dans ces conditions, le médecin veillera à faire donner régulièrement des boissons nutritives, spécialement du beef-tea et du lait, enfin il saisira la première occasion de revenir à un régime plus substantiel. Beaucoup de gens croiraient que dans les cas aigus, ou durant le cours d'une pneumonie intercurrente, les règles précédentes doivent être abandonnées. Autrefois même, les antiphlogistiques et des applications de sangsues étaient inévitablement mis en œuvre; mais il est maintenant démontré à l'évidence que, même dans les cas de pneumonie aiguë chez des sujets vigoureux, semblable pratique est nuisible (1). Combien, à plus forte raison, doit-il en être ainsi dans la phthisie! Les inflammations, on le sait aujourd'hui, sont des maladies de faiblesse, aussi a-t-on recours alors à l'alimentation avec non moins de succès que dans les fièvres essentielles. Lors donc qu'une de ces affections survient durant le cours de la phthisie, loin d'intervenir dans le but d'amoindrir les forces générales, le praticien aura soin au contraire de s'opposer par tous les moyens possibles à l'épuisement qui menace son malade.

Une alimentation plus abondante et de meilleure qualité produit souvent des résultats inespérés chez les phthisiques, notamment chez les pauvres mal nourris, surtout si l'on peut y adjoindre le changement d'air, un exercice actif et des occupations variées. Le traitement préconisé au commencement de ce siècle par le Dr Stewart, d'Erskine près Glasgow, lequel consistait à faire manger des beefsteaks, à boire du porter et à prendre de l'exercice au grand air, fut très remarqué en son temps à raison de ses succès. Il m'a été assuré que dans certaines parties de l'Amérique, il est un méthode de traitement consistant dans l'usage habituel de la moëlle de buffalo; les sujets atteints de consomption pulmonaire gagnent tant de forces à ce régime qu'ils sont bientôt en état de se livrer à la chasse de cet animal dans les prairies. J'ai connu plusieurs jeunes gens, ayant de grands troupeaux de moutons en Australie, qui s'étaient guéris de la tuberculose pulmonaire en mangeant de la graisse de mouton et en montant à cheval. Toute sorte d'alimentation riche en graisse produit généralement le même effet, lorsqu'elle est tolérée par l'estomac; de là les vertus anciennement attribuées au lait d'anesse et les bons effets de l'usage du lard, des cotelettes de porc, du caviar, de la graisse, des jaunes d'œufs, du lait, de la crème et du beurre.

Huile de foie de morue. — Une bonne alimentation doit se composer de substances renfermant dans une proportion convenable des principes albumineux, adipeux et minéraux. Les deux premiers tiennent le troisième en solution, après s'être transformés sous l'action des sucs digestifs en ce liquide moléculaire, le chyle, destiné à la formation du sang. Dans la phthisie, cependant, le travail de chylification est troublé; les principes gras de l'aliment ne sont plus séparés ni absorbés, ou bien il font défaut,

(1) Voir *Treatise on the Restorative Treatment of Pneumonia*, par l'auteur, 3e édit., 1866.

comme il arrive très souvent, par suite de la répugnance des malades pour les substances grasses. Dans un cas comme dans l'autre, les éléments albumineux arrivent dans le sang en proportion trop forte, et si une exsudation vient à se faire dans le poumon, comme nous l'avons vu, il en résulte du tubercule.

Pour rétablir l'état normal, il faut rendre à l'organisme les éléments nutritifs qui lui manquent, et l'on y arrive directement en adjoignant à l'alimentation une huile animale pure. Par ce moyen, on favorise la formation d'un chyle plus riche et d'une hématose plus parfaite, enfin on rétablit l'équilibre dans la nutrition. Les organes respiratoires se remettent activement à excréter le gaz acide carbonique; les tissus de leur côté attirent hors du sang les éléments moléculaires indispensables à leur entretien; en un mot, l'économie entière se revivifie, et, pendant que le travail histogénétique se ranime, les changements histolytiques se font avec plus d'activité au sein du tubercule qui doit ainsi disparaître. Nous avons déjà dit que les aliments riches en graisse sont aptes à produire les mêmes effets, mais pour cela, l'activité fonctionnelle de l'estomac et du tube digestif ne peut avoir subi un trop grand affaiblissement. Le plus souvent, les malades sont incapables de supporter ce genre d'aliments, lesquels séjournent alors dans l'estomac sans être digérés, ou finissent par en être rejetés tôt ou tard. C'est dans ces conditions que l'huile de foie de morue est directement indiquée, car elle épargne en quelque sorte aux organes digestifs la peine de préparer ou de retirer les graisses liquides de l'aliment. En faisant prendre directement une certaine quantité d'huile, il s'en assimile tout de suite une bonne partie; celle-ci allant se combiner avec l'albumine, sert à former les molécules élémentaires indispensables à la constitution du chyle normal. Depuis que Liebig l'a enseigné, les chimistes ont généralement admis que l'albumine forme la base des tissus, qu'elle sert à former la chair musculaire, et que la graisse est destinée tout entière à la respiration et à la production de la chaleur animale. C'est là une erreur dont les connaissances histologiques ont fait justice; en effet, la graisse est nécessaire pour le développement comme pour l'entretien du tissu musculaire et même de tous les tissus de l'organisme. C'est ce qu'ont bien démontré les recherches récentes de E. Smith sur le régime des travailleurs; de Lawers et de Gilbert sur l'alimentation des animaux; enfin c'est ce qu'ont établi péremptoirement les expériences de Haughton, de Frankland, de Fick et de Wislicenus. Ainsi s'explique ce désir habituel, cette nécessité d'absorber de la graisse, éprouvée par les gens vigoureux et qui travaillent. Par contre le dégoût pour ce même aliment est une marque significative d'un affaiblissement grave. Enfin, l'incapacité de l'organisme à s'assimiler les corps gras est la cause principale de la tuberculose.

En 1840-41, je trouvai l'huile de foie de morue employée sur une large échelle dans les hôpitaux allemands, contre toutes les affections scrofuleuses et chez les phthisiques. Antérieurement déjà, dans les premières années

de ce siècle, les Drs Kay et Bardsley, à Manchester, l'avaient préconisée contre le rhumatisme, mais elle était retombée dans l'oubli. Je suivis avec intérêt, dans les hôpitaux de Heidelberg et de Berlin, les effets de cette huile dans plusieurs cas de phthisie, et je pus m'assurer de ses remarquables propriétés nutritives dans des cas où, dans nos hôpitaux anglais, on n'aurait conservé que bien peu d'espoir. En automne de 1841, je publiai donc une monographie exposant ce qu'on connaissait alors concernant cette substance, et je la recommandai chaudement aux praticiens, contre la phthisie, en invoquant à la fois des raisons théoriques et pratiques. Le premier médecin qui consentit à l'essayer à l'Infirmerie Royale de cette ville, fut le Dr Spittal; mais les pharmaciens connaissaient encore si peu ce produit, qu'en visitant les salles je m'aperçus que c'était simplement de l'huile de lin qu'on donnait aux malades; semblable méprise était déjà arrivée à Rust, à Berlin. Je me donnai donc la peine d'en chercher moi-même ou plutôt j'en fis fabriquer tout exprès par MM. Parker et Cie négociants en huiles, habitant Leith-walk, lesquels, pendant longtemps, fournirent au prix modéré de 16 shillings le gallon (20 frs. les quatres litres et demi) une huile très-pure, dont l'usage s'étendit rapidement dans tout le pays. Un peu plus tard, M. Jacob Bell, l'éminent pharmacien d'Oxford street à Londres, s'occupa également d'extraire de l'huile des foies de morues. Le produit qu'il livrait au public était de la meilleure qualité, mais au prix exorbitant de trois francs l'once. Un grand nombre de personnes tant de Londres que de tout le pays s'adressèrent à moi, afin de leur procurer ce médicament à des conditions plus raisonnables. Je les renvoyai à MM. Parker qui en expédièrent bientôt de tous côtés par milliers de litres. Le nouveau produit ne tarda point à faire sa réputation dans toute l'Écosse et en Angleterre, après avoir été mis à l'essai à Londres dans le Brompton Consumption Hospital. En 1849, le Dr Williams publia un mémoire dans lequel, à la suite d'essais nombreux, il précisa les avantages de ce remède. Ces résultats furent confirmés par le rapport annuel du Brompton Consumption Hospital, publié en 1851. Depuis cette époque, l'emploi de l'huile de foie de morue dans la phthisie est devenu universel, on peut le dire, et n'a pas peu contribué à dissiper le découragement ou le désespoir avec lequel on envisageait jadis cette pénible maladie. En 1841, cette huile était inconnue dans les officines; à peine quelques droguistes en tenaient-ils, et ils ne la vendaient guère qu'aux tanneurs qui avaient déjà remarqué sa propriété particulière de pénétrer et d'assouplir les cuirs. A cette époque, l'officine de MM. Duncan et Flockhart si connue à Edimbourg, ne débitait pas quatre litres d'huile par année; aujourd'hui elle en vend de trois à quatre mille litres.

Une expérimentation on ne saurait plus étendue a pleinement confirmé ce que j'écrivais à ce sujet il y a plus de trente ans. « Aucun remède n'est plus apto à restaurer rapidement les forces épuisées du malade, à ramener la nutrition générale à son activité physiologique, à arrêter et à combattre l'amaigrissement, à faire cesser les transpirations, à calmer la toux, à

diminuer l'expectoration, enfin, à exercer une plus heureuse influence sur l'affection locale. Des sujets émaciés, tourmentés par des sueurs profuses, par une toux et par une expectoration continuelles, affaiblis au point de ne pouvoir plus se tenir debout, arrivent souvent après quelques semaines d'usage de cet agent merveilleux, à se remettre sur pieds, à pouvoir sortir et se promener; en même temps ils regagnent des chairs et leur santé générale subit une transformation complète.» L'huile de morue est donc un analeptique puissant (ἀναλαμβάνω, réparer), comme l'a dit le premier M. Taufflied; c'est un agent restaurateur susceptible d'être digéré alors qu'aucune autre sorte de nourriture animale ne saurait être prise en quantité suffisante pour fournir aux tissus les éléments graisseux nécessaires à leur entretien. C'est là, d'ailleurs, un résultat plutôt histologique que chimique dans sa nature.

Cependant, un certain nombre de médecins ont cru que la supériorité de l'huile de foie de morue sur les autres substances grasses est due à la présence d'un peu d'iode, de brôme, de résine ou de quelques autres substances médicamenteuses qu'on y rencontre. Mais la proportion de ces dernières est si minime, et il a été surabondamment prouvé tant de fois que des combinaisons analogues sont sans effet sur la phthisie, qu'on ne saurait leur attribuer aucune importance. Aussi, l'idée de donner un extrait aqueux de cette huile, lorsque les malades ne savent pas la prendre en nature, nous paraît-elle entièrement erronée; c'est un subterfuge incapable d'aucun effet sérieux dans la pratique. Au reste, il est si peu de personnes réellement hors d'état de la prendre qu'on peut dire que ces préparations sont à peu près inutiles. J'ai vu beaucoup de malades préférer l'huile brune si nauséeuse en apparence, à l'huile clarifiée et purifiée. Le sujet choisira donc lui-même celle que son estomac supporte le mieux. Souvent, dès les premiers jours, elle cause du dégoût, mais avec un peu de bonne volonté on s'y habitue assez vite. Quant au moment où elle doit-être prise cela dépend des individus, les uns la préfèrent immédiatement avant, d'autres après les repas, d'autres encore dans leur intervalle. Un biscuit ou un morceau de sucre imbibé d'une goutte d'essence quelconque aide parfois à surmonter la difficulté. Certaines personnes se trouvent bien d'avaler une gorgée de café, de vin d'orange, de liqueur amère; d'autres se contentent simplement de chauffer un peu leur huile afin de la rendre plus fluide. Le médecin pourra indiquer ces divers petits moyens à son patient, ce dernier choisira celui qui lui ira le mieux, et il est rare que la chose ne réussisse point.

On a proposé de remplacer l'huile de foie de morue par un grand nombre d'autres huiles telles que celles de requin, de dugong, de squale, par les huiles de pieds de bœuf ou de mouton, l'huile de noix de coco, etc. Toutes ces substances ainsi que la crème et le beurre, pour autant qu'elles soient digérées et ne dérangent pas les intestins, sont avantageuses dans la phthisie. Il n'en est pas moins vrai, cependant, que de toutes les matières oléagineuses connues, l'huile de foie de morue est la meilleure

comme le plus généralement employée. Pour certains cas où les malades ne peuvent la supporter, le Dr Baur, de Tubingen, a recommandé de l'employer à l'extérieur; mais l'expérience a démontré, et la physiologie devait le faire prévoir, que la peau étant fort peu perméable aux substances venant du dehors, ne saurait servir de voie d'introduction aux matières nutritives. Le Dr Buist, d'Aberdeen, avait préconisé les injections dans le rectum; mais indépendamment des objections pour ainsi dire insurmontables à l'emploi continuel des lavements en Angleterre, n'est-il pas évident que ces injections ne sauraient produire un effet suffisant dans une affection comme la phthisie. Au reste, cette huile pour être utile dans l'organisme doit d'abord être digérée et émulsionnée par les sucs pancréatique et intestinal. Cette idée a guidé le Dr Dobell lorsqu'il a proposé de la mêler avec le suc pancréatique ou de la pancréatine avant de l'administrer.

Dans beaucoup de cas où il existe de la fièvre, de la fréquence du pouls, et une langue saburrale, l'huile de foie de morue n'est pas mieux supportée que toute autre nourriture. Dans ces conditions, il ne faut pas insister sur son emploi. Généralement même, quand il est nécessaire de la donner pendant longtemps, on fera bien d'en suspendre l'usage de loin en loin durant un semaine ou deux, et de la remplacer alors par un amer végétal ou l'autre. En se conformant à ces préceptes, le jeune médecin ne tardera pas à acquérir la preuve qu'il possède dans cet agent un des plus puissants moyens de prolonger la vie et parfois même d'obtenir une guérison durable dans la phthisie pulmonaire, surtout s'il sait judicieusement combiner son emploi avec les autres moyens généraux de traitement dont il va être question.

Pureté de l'atmosphère. — S'il est essentiel à la nutrition de fournir au sang les matériaux nécessaires au développement des organes et à compenser l'usure qu'ils subissent durant leur action, il n'est pas moins indispensable que ces matériaux soient convenablement préparés et appropriés à l'usage auquel ils sont destinés. Parmi toutes les fonctions nécessaires à cette fin, la respiration est une des plus importantes, puisqu'elle a pour but d'extraire sans cesse de l'air atmosphérique et d'amener dans le sang une certaine quantité d'oxygène, et de rejeter hors de ce liquide vital une proportion correspondante de gaz acide carbonique. Si les poumons sont faibles ou malades, leur travail est naturellement amoindri; or, cette circonstance rend d'autant plus nécessaire d'écarter tout ce qui serait de nature à vicier la constitution de l'air, et partant à entraver l'oxygénation du sang. Cependant, c'est là une de ces vérités qu'il est bien difficile de faire entendre aux malades; l'irritabilité de leurs organes respiratoires et leur extrême sensibilité au froid les pousse sans cesse à fermer soigneusement portes et fenêtres, et de la sorte ils empêchent le renouvellement de l'air dans leurs appartements. Si le rejet de l'acide carbonique par les poumons ne vicie point la masse de l'atmosphère libre, il ne tarde

pas à altérer sensiblement la composition de l'air dans une chambre même de moyenne grandeur; la respiration de cet air vicié est extrêmement nuisible aux phthisiques. Au lieu d'inhaler seulement de l'oxygène et de l'azote, et d'exhaler ce dernier avec de l'acide carbonique, ils absorbent à chaque inspiration une quantité sensible de ce gaz délétère, lequel empoisonne le sang artériel, le rend moins propre à la nutrition, irrite et fatigue les poumons, détermine de la langueur, du manque d'appétit, de la pâleur, en un mot tous les troubles morbides que le médecin doit s'attacher à combattre. Bien plus, le régime substantiel et l'huile de foie de morue seront impuissants, si une respiration active ne se fait pas en même temps, puisqu'ils tendent à augmenter les éléments carbonés dans l'économie, éléments que les poumons ont en grande partie pour rôle d'excréter. La ventilation des appartements occupés par les malades mérite donc la plus grande attention, et cette remarque s'applique surtout aux chambres à coucher. La plupart des gens passent le tiers de la vie au lit, et les malades y séjournent ou au moins gardent la chambre plus longtemps encore. On conçoit donc l'importance d'un air pur à respirer durant ce temps là.

Il n'est pas seulement indispensable de renouveler l'air à l'intérieur des appartements occupés par les malades, il y a même de graves inconvénients à les tenir enfermés chez eux, comme c'était la coutume autrefois, en vue de leur ménager une température régulière. Voici, à ce propos, une petite anecdote qui date pour moi de vingt-cinq ans. J'avais cru devoir retenir dans sa maison, durant tout un hiver, un jeune homme qui avait des cavernes dans les deux poumons. Semblable réclusion lui parut bien dure, mais enfin, il s'y résigna puisqu'il le fallait. L'hiver suivant, néanmoins, il n'y put tenir; un jour il s'enfuit de chez lui et fit une ascension jusqu'au sommet d'Arthur's Seat (1). Loin de s'en trouver mal, à son retour il dîna avec appétit, dormit profondément la nuit suivante et se trouva mieux le lendemain. Encouragé par cette expérience il continua à prendre le grand air et de l'exercice; bientôt, tous les symptômes s'amendèrent, et finalement il obtint une guérison qui ne s'est pas démentie. De ce jour là, mon attention se trouva fortement appelée sur la pureté de l'air. J'ai eu par centaines de fois l'occasion de me convaincre de l'importance d'une bonne ventilation dans les appartements des phthisiques et du renouvellement de l'air destiné à leur respiration.

J'ai cru devoir insister quelque peu sur ce point, car, par suite des préjugés et des habitudes, comme aussi à raison du froid et des variations de température propres aux pays du Nord, il est extrêmement difficile d'obtenir une bonne ventilation des chambres à coucher. Le médecin devra donc s'en occuper spécialement; il aura égard à l'orientation de la maison, aux vents prédominants, à la position des fenêtres et à la place où s'assied habituellement le malade, enfin à la position de son lit par

(1) Arthurs's Seat est une montagne ayant environ 850 mètres d'altitude, située à trois kilomètres d'Edimbourg.

rapport aux fenêtres et à la porte, etc. Le but principal qu'il doit toujours avoir en vue, c'est d'entourer son malade d'autant d'air pur que possible, tout en ayant égard à la chaleur de la chambre et à l'absence de courants d'air; c'est là un problème souvent fort difficile à résoudre.

Les rideaux autour du lit doivent être proscrits; la chambre sera chauffée l'hiver au moyen d'un foyer ouvert, lequel fournit déjà un excellent moyen de ventilation. Le lit sera placé dans un endroit à l'abri des courants d'air possibles entre la porte et les fenêtres; enfin, la température sera juste suffisante pour que le malade n'ait pas froid lorsqu'il est couché. En été, on obtiendra une bonne ventilation en laissant une ouverture de deux doigts au haut de chaque fenêtre; c'est là une excellente méthode sur laquelle le Dr M'Cormac, de Belfast, insiste beaucoup (1). Malheureusement, à l'étranger, la construction des croisées ne se prête pas à ce mode de ventilation.

La nécessité d'un air toujours pur doit éloigner les phthisiques des réunions un peu nombreuses, des tables d'hôtes, des théâtres, des concerts, des lieux d'amusement, où l'air est toujours vicié et où les malades ne séjournent jamais quelques heures sans en rapporter une exacerbation de tous leurs symptômes. C'est à la faculté de respirer un air plus pur durant toute la journée et à la nécessité d'éviter les réunions et les lieux fermés la nuit, avantages accessibles aux malades appartenant aux classes supérieures de la société, qu'il faut attribuer, j'en suis convaincu, une bonne part des excellents effets obtenus par le séjour dans certaines localités renommées pour leur climat, et dont nous allons nous occuper immédiatement.

Climat. — On a cru, autrefois, que les climats chauds étaient favorables aux phthisiques, et on recommandait conséquemment le séjour des appartements bien chauffés; on imagina même de faire coucher les malades dans des étables, etc. Cependant, on aura souvent l'occasion de le remarquer, une température plus élevée que d'habitude, les chaleurs excessives de l'été et de l'automne, le climat de l'Inde et des pays sous les tropiques, sont des plus pernicieux pour ces malades. Ils se sentent mieux au contraire par un temps froid, par une gelée continue, seulement ils ne peuvent alors aller prendre de l'exercice au grand air, et la réclusion leur est nuisible. Le climat le meilleur serait un climat frais, où la température resterait dans les limites de 12° à 20° centigrades le jour et de 8° à 12° la nuit. L'air devra être plutôt sec ou très-légèrement humide; on y aura peu de pluie et d'ordinaire un beau soleil. Tel est le climat heureux sous lequel les phthisiques devraient pouvoir prendre de l'exercice à peu près chaque jour, durant les mois d'hiver et de printemps. Ce climat désirable se rencontre sur la côte septentionale de la méditerranée, depuis Cannes jusqu'à Savone à l'ouest, et entre Spezzia et Pise plus à l'est. On le

(1) Presque toutes les maisons anglaises sont encore munies de l'ancien système de fenêtres dites à guillotine. Ces fenêtres très disgracieuses et assez incommodes offrent pourtant, comme on le voit, certains avantages.

retrouve encore sur le côté sud-ouest de l'Espagne, notamment à Malaga, dans le nord de l'Algérie, en Egypte et aussi dans plusieurs autres contrées du monde plus éloignées. Dans l'hémisphère occidental, des stations très convenables existent également, entre autres, dans les îles des Indes orientales; en Australie, sur les plages méridionales de la Tasmanie. Les Anglais qui visitent les coins abrités des côtes méridionales de l'Europe entre Cannes et Pise, sont frappés du beau soleil, de la pureté du ciel et de l'air, de la température agréable, de la verdure et de la brillante végétation qu'on y trouve depuis le mois de janvier jusqu'en mars (1), alors que chez eux c'est continuellement de la gelée, de la neige, de la pluie, des brouillards, les ténèbres, un vent glacial et partout la nudité et la mort à la surface du sol. Passé cette époque, cependant, c'est l'inverse qui a lieu : une atmosphère étouffante, un soleil brûlant, une réverbération éblouissante, d'innombrables essaims de mouches, une végétation rembrunie et comme grillée, telle est la compensation à la douceur des hivers. Ici, par contre, une atmosphère agréable, la fraicheur des brises, un soleil modéré, un ciel mouvementé, un feuillage d'émeraude, une diversité charmante de montagnes et de lacs offrent aux organes et à l'esprit toutes les distractions naturelles qu'on peut rêver. Je ne connais pas de station d'hiver plus convenable pour les personnes invalides que la baie abritée de la Rivière-occidentale où, par suite du voisinage immédiat de la mer, en face des maisons, et d'une multitude de petites vallées abritées par les Alpes, on est partout protégé contre les vents, quelle que soit la direction d'où ils soufflent. J'ai souvent observé, cependant, qu'une atmosphère tranquille, chaude, moite et en quelque sorte émolliente, si bienfaisante pour les asthmatiques est nuisible aux phthisiques. Ces derniers prendront surtout garde de se soustraire aux vents piquants, surtout aux vents d'Est. Menton offre cet avantage particulier d'offrir, en sortant directement de chez soi, toute une série de vallées parfaitement abritées par les Alpes. En Écosse, tout au contraire, et plus on va à l'ouest, tous ces inconvenient s'accumulent; aussi, toutes les fois qu'il est possible, faut-il conseiller de s'en éloigner depuis janvier jusqu'en mai. Durant les saisons d'été et d'automne, par contre, je suis convaincu que le climat frais de l'Écosse ne saurait être surpassé au point de vue des avantages à offrir aux phthisiques, spécialement le séjour sur les bords des lacs de la haute Écosse, où ils peuvent se livrer au plein air à tous les exercices actifs et passifs.

Tout le monde se préoccupe des stations d'hiver et personne ne songe au séjour qui convient pour l'été. Cependant, quels que soient les avantages procurés par une résidence d'hiver bien choisie, le manque de précaution dans le choix d'une résidence d'été peut souvent plus que contre-

(1) Pour tout ce qui touche à la question du climat, je ne saurais trop recommander la lecture de l'ouvrage du Dr Henry Bennett « Winter in the South of Europe, » d'autant plus que les idées exprimées par l'auteur sont le résultat de son expérience personnelle et d'une étude consciencieuse des grands avantages qu'il expose.

balancer tout le bénéfice obtenu jusque là. C'est par la persévérance dans la bonne voie qu'on peut sérieusement espérer d'aboutir à une guérison finale.

Pour ceux de nos compatriotes qui ne peuvent quitter le pays, les meilleures stations d'hiver se rencontrent sur la côte méridionale de l'Angleterre, depuis Hastings à l'est, jusqu'à Penzance à l'ouest; je citerai entre autres Bornemouth, Ventnor, Sidmouth et Torquay. En Écosse, Rothsay, et en Irlande, Cork sont les meilleures stations. Ceux à qui leurs moyens ou les affaires ne permettent point de se déplacer, devront profiter de toutes les occasions de sortir que le temps leur offrira. Ce n'est pas tant le climat étranger lui-même qui est favorable, mais bien plutôt la possibilité pour le malade de prendre souvent de l'exercice au grand air, sans courir chaque jour les risques d'une température rigoureuse et changeante. Avec de l'attention, on pourrait déjà obtenir beaucoup sans quitter le pays, et je pourrais citer bon nombre de phthisiques guéris, rien qu'en suivant le traitement hygiénique et en se conformant aux principes ici développés.

Comme résidence d'été, la côte occidentale de l'Écosse et spécialement les magnifiques baies formées par le lac Lomond, près de Tarbet, offrent un séjour très convenable pour les phthisiques. Le voisinage immédiat du loch Long procure au visiteur les agréments de la mer et d'un lac d'eau douce. Au reste, cette vallée est on ne saurait mieux protégée contre les vents et offre une fraîcheur des plus agréables. Encore une fois, si j'insiste sur ce sujet, c'est que je crois qu'on n'accorde pas au choix de la résidence d'été toute l'importance qu'elle mérite ; c'est là une erreur dont j'ai eu souvent l'occasion de constater le préjudice.

Exercice.— Le stimulant le plus favorable à la nutrition, c'est un exercice approprié; par lui la circulation et la respiration sont accélérées, l'usure naturelle des organes qu'il occasionne excite le besoin de la respiration. Les aliments ne profitent guère, même avec un air pur et sous un climat favorable, si à l'aide d'un exercice suffisant une plus grande quantité d'air n'est pas introduite, pour ainsi dire de force, dans les poumons et distribuée ensuite à tous les points de l'organisme par l'intermédiaire de la circulation. C'est là ce qui constitue les avantages de certaines localités qui invitent en quelque sorte le malade à sortir de chez lui, sans s'exposer au froid, à la pluie, au vent et à toutes les intempéries ordinaire de notre climat.

Tout en recommandant l'exercice nous proscrivons néanmoins la fatigue, et par là nous voulons signifier une fatigue réelle et considérable, car certains malades, ont de l'aversion pour toute espèce de mouvement, se plaignent de faiblesse et d'accablement au moindre effort. Lorsqu'il n'existe pas une débilitation trop marquée, une promenade à pied ou à cheval constitue un excellent exercice. L'ascension lente d'une colline met en action tous les muscles et stimule modérément les fonctions respiratoires et la circulation. Les malades devront éviter tout ce qui exige un effort violent,

subit, ou prolongé et inégal. Lorsque le mal n'est plus en voie de progrès, on pourra permettre la lecture à haute voix, le chant, même le jeu de quelque instrument à vent, toutefois avec modération et sans jamais prolonger les séances. Chez le plus grand nombre, pourtant, le médecin fera mieux de déconseiller ces exercices sinon de les proscrire. D'ordinaire le malade fera bien de prendre peu d'exercice à la fois, mais à plusieurs reprises dans la journée, de continuer ainsi avec régularité et méthode en augmentant peu à peu l'effort musculaire et en le faisant varier de caractère à mesure que les forces reviennent.

Quant à ces malades que le moindre mouvement épuise, ils feront mieux de s'en tenir d'abord aux exercices passifs, par exemple, une promenade en voiture ou en barque, mais en prenant soin de se vêtir suffisamment et de se garantir contre le froid. Ainsi, dans nos Highlands, en été, rien de plus agréable ni de plus bienfaisant pour un sujet affaibli que d'aller en barque sur quelque lac, commodément assis ou couché, faisant une lecture ou se distrayant à la pêche, pendant que la conversation d'une société agréable, la variation des points de vue et des teintes du paysage attirent de leur côté l'attention et suscitent dans l'âme des émotions paisibles et des plus variées. Les voyages en mer sont utiles pour les mêmes raisons; ainsi, je pourrais avec assurance parler même d'un voyage de trois mois en Australie, par le cap de Bonne-Espérance, en prenant la mer vers la fin d'octobre. La température est des plus douces pendant toute la traversée; les vents alizés poussent rapidement le vaisseau et entretiennent une brise fraîche et tonifiante; enfin la vie sur le pont et tout ce qu'on peut souhaiter de plus favorable. J'ai vu plusieurs phthisiques au plus mal en s'embarquant, être délivrés de tous leurs symptômes avant d'aborder à Sidney ou à Melbourne. Il faudrait éviter avec soin, pendant l'été, la chaleur accablante de la côte et se rendre directement dans les montagnes voisines ou encore en Tasmanie, car cette température élevée est extrêmement énervante. Le voyage de retour mérite une attention spéciale; il faudrait se garder surtout de l'hiver du cap Horn.

Enfin, lorsque tous ces moyens sont hors de portée pour le malade, le médecin insistera pour le faire aller s'asseoir au jardin, sur le balcon ou même simplement à la fenêtre; au moins ce changement est-il préférable à rester enfermé du matin au soir dans une chambre.

Pour ce qui concerne l'exercice, comme les autres points d'hygiène, il faudra souvent renouveler les recommandations et surveiller les phthisiques avec soin. Il en est d'ailleurs de différents genres : si l'on a toutes les peines du monde à décider les uns à faire quoi que ce soit, par contre, d'autres croient n'en pouvoir jamais faire trop. Je me rappelle de l'aventure d'un monsieur à qui j'avais un jour conseillé les promenades à cheval. Il n'eut rien de plus empressé que de s'en procurer le bénéfice. Il alla donc louer un cheval et se mit à galopper tant et si bien qu'il en demeura éreinté et comme épuisé durant plus de quinze jours. Certains de ces malades, voyageant à l'étranger et soucieux de respirer toujours du bon air, pren-

nent une chambre à l'étage supérieur, sans avoir songé à la fatigue extrême qu'ils auront à grimper un escalier interminable. D'autres encore vont louer une villa dans le voisinage de quelque ville et se fatiguent chaque jour pour s'y rendre, beaucoup plus que leurs forces ne comportent. Ce sont là autant de détails sur lesquels le médecin doit insister, pour éviter sûrement de semblables méprises. Il ne sera pas même inutile de faire observer aussi, que si le grand air est recommandable, les courants d'air et les vents froids sont des plus dangereux. Les courses rapides en voiture lorsque l'air est vif et sec sont toujours mal supportées. Le défaut de soin et souvent l'ignorance de ces dangers occasionnent tous les jours les plus graves inconvénients; le praticien ne saurait donc surveiller son malade avec trop d'attention ni trop préciser ses conseils.

Bains. — Il existe une relation très intime entre la peau et les poumons; c'est là un fait plus sensible peut-être dans la phthisie que dans aucune autre affection. Lorsque les poumons sont devenus insuffisants pour exhaler la quantité de vapeur d'eau requise, celle-ci sort par la peau sous forme de perspiration sensible ou insensible. La moindre impression de froid ou de frisson communiquée à la peau retentit immédiatement par une action reflexe sur les poumons, et y provoque de l'irritation et de la toux. Or, cette susceptibilité de la peau loin d'être évitée est au contraire provoquée et favorisée par le séjour continuel dans des appartements trop chauffés, par l'habitude de porter des fourrures, de s'envelopper dans un cache-nez, de prendre des bains chauds, etc., etc. L'hygiène exige simplement que la peau soit toujours propre, et que l'épiderme et la matière sébacée qui obstruent les orifices glandulaires soient enlevés journellement à l'aide de lotions à l'eau froide. Les organes s'habituent, de cette manière, à mieux supporter le froid et à être moins sensibles aux variations de température ou aux changements qui se passent dans l'atmosphère. Chez la plupart des sujets, une immersion pour ainsi dire instantanée dans un bain froid est suivie d'une sorte de réaction accompagnée d'un sentiment de chaleur agréable, provoqué par une certaine excitation de la circulation capillaire; cette excitation décongestionne les organes pulmonaires par une sorte de dérivation. Cependant, lorsque, par suite de la faiblesse, semblable réaction ne se produit point, mais au contraire est remplacée par des frissons, de la céphalalgie et une sensation de froid persistante, on substituera avec avantage un bain tiède au bain froid; souvent aussi l'on pourra éponger rapidement à l'eau fraiche simplement le cou et la poitrine. Rien de plus efficace que cette dernière pratique pour se prémunir contre les refroidissements. Le cou et la poitrine, néanmoins, seront toujours bien protégés; les hommes feront bien de porter toute la barbe, et les femmes auront soin d'éviter les vêtements décolletés; en outre, elles tiendront toujours à leur portée un châle épais qu'elles puissent jeter sur leurs épaules quand il s'agit de passer d'une chambre à l'autre en traversant les corridors. Les appareils dits

respirateurs ne sont point utiles en tant que destinés à chauffer l'air avant son introduction dans la poitrine, la nature y a pourvu suffisamment; ils servent tout au plus comme un vêtement pour protéger la peau de la face. Ce but est d'ailleurs mieux rempli au moyen d'un simple foulard ou d'une petite écharpe que le malade pourra tenir au-devant de sa figure, pour le cas où il serait exposé subitement à un vent un peu fort.

D'après ce qui vient d'être dit concernant le traitement général ou hygiénique de la phthisie pulmonaire, il est évident que les divers moyens préconisés doivent s'aider mutuellement et concourir à la fois au même but. Le bon régime, l'usage de l'huile de foie de morue ne seront guère avantageux, si ce n'est à la condition de fournir un air pur à la respiration. Il faut, en un mot, favoriser la chylification et la sanguification, et l'on favorise ou stimule ces fonctions au moyen de l'exercice et d'une sorte de système d'hydrothérapie bien entendu. Toutes ces opérations doivent contribuer au même but, disons-nous, c'est-à-dire, stimuler les fonctions nutritives, augmenter l'appétit, rendre graduellement des forces, arrêter le cours du mal et lui faire commencer ce processus rétrograde ou régressif, dont nous avons parlé, et qui doit aboutir au retour de la santé.

Le rôle du médecin ne s'arrête pas au traitement, il doit aller même jusqu'à prévenir les maladies. Rien de plus fréquent que de rencontrer des sujets prédisposés à la phthisie, les uns par une tendance héréditaire, d'autres par leur constitution ou par les mauvaises conditions du milieu où ils vivent. Si la pathologie de la tuberculose pulmonaire exposée plus haut est exacte, elle implique les moyens les mieux appropriés aussi bien pour prévenir que pour arrêter le mal. Ces moyens sont, pour l'enfant : une bonne nourrice dont la santé soit irréprochable, la propreté et une attention scrupuleuse à tout ce qui contribue à augmenter la vigueur de la constitution et à assurer le fonctionnement régulier des organes digestifs. Au moment de sévrer l'enfant et à l'époque de la dentition, on ne saurait apporter trop de sollicitude à éloigner et à combattre les effets de l'irritation locale, et à donner un régime approprié, suffisamment riche en principes graisseux. Durant l'adolescence, on se tiendra en garde contre les aliments indigestes et notamment contre les pâtisseries, les fruits non mûrs, les salaisons, les boissons acides, etc.; au contraire on encouragera ou même, au besoin, on enjoindra l'usage d'aliments gras. Ces mêmes précautions, jointes à l'exercice physique et intellectuel, tout en évitant les occupations trop fatigantes ou au-dessus des forces du sujet, devront être observées jusqu'à ce que la prédisposition à l'affection tuberculeuse soit définitivement domptée. En un mot, on s'attachera à soutenir et à fortifier la constitution par tous les moyens possibles, et on évitera avec non moins de soins tout ce qui pourrait l'affaiblir et l'épuiser. La viciation du chyle et du sang précédant le dépôt local de l'exsudat tuberculeux, il s'en suit, nécessairement, que la classe nombreuse

d'individus délicats ou maladifs, souffrant habituellement de troubles de la digestion, de langueur et de faiblesse, sont susceptibles d'être rendus à la santé au prix des soins hygiéniques et du traitement de la dyspepsie dont il vient d'être parlé.

J'ai déjà fait allusion aux opinions de Villemin et d'autres expérimentateurs, au sujet de l'inoculabilité de la tuberculose; me fondant sur une longue pratique et sur quelques expériences personnelles, je vous ai exprimé ma conviction que cette maladie n'est ni pathologiquement virulente, ni cliniquement contagieuse (voir Tuberculose, t. I, p. 242). J'ai eu trop souvent, il est vrai, l'occasion d'observer dans des familles, les membres cadets moisonnés par la phthisie à mesure qu'ils grandissaient; mais, j'en ai acquis la conviction, dans tous ces cas, cette sorte de fatalité a sa source dans un vice de la nutrition durant la première ou la seconde enfance. J'ai en observation, en ce moment, l'exemple de toute une famille dont le père, la mère et les collatéraux plus âgés jouissent d'une santé robuste et, malgré cela, quatre ou cinq enfants sont morts de phthisie vers l'âge de 17 à 22 ans. Au reste, que de fois ne m'est-il pas arrivé, dans ma clinique, où j'avais dix ou douze cas de ce genre à la fois, de démontrer qu'aucun d'eux n'était imputable à l'hérédité, tandis qu'il y avait surabondance de preuves, que chez tous, des troubles de la nutrition avaient précédé l'apparition des symptômes pulmonaires. Aussi, sans nier en aucune façon l'hérédité de la phthisie, cette cause, je ne crains pas de l'affirmer, est loin d'être aussi fréquente qu'on le croit généralement.

S'il était toujours possible de remplir les indications sus-mentionnées, je suis convaincu que la guérison de la phthisie serait beaucoup plus fréquente. Malheureusement, dans le traitement de cette affection le médecin est aux prises non-seulement avec la nature funeste du mal lui-même, mais encore avec une foule de difficultés sur lesquelles il n'a pas d'empire, telles sont, parmi les classes inférieures, l'impossibilité de procurer un bon régime, les mille imprudences que ces gens, et disons-le, la plupart de ces invalides commettent sans cesse. Une autre difficulté non moins grave, c'est de convaincre ces malades que nonobstant la disparition des symptômes les plus sérieux, leur affection n'est pas guérie et qu'elle reviendra tôt ou tard si les causes qui lui ont donné lieu une première fois agissent de nouveau sur la constitution. Il m'est arrivé d'avoir toutes les peines du monde à retenir à l'hôpital l'un de ces malheureux, du moment qu'il commençait à se sentir mieux. D'autres fois, par contre, j'ai regretté de devoir en abandonner, par suite de la nécessité réglementaire de les congédier, pour faire place à d'autres maladies plus aiguës. Tel est le cas de Barclay (Obs. CLXIV). Aussi longtemps que nous conservions ce garçon en traitement, qu'il pouvait jouir du bien-être et de l'excellent régime de l'Infirmerie, il continuait d'aller bien; mais une fois sorti, retombé dans la misère, obligé de travailler pour se donner une nourriture grossière et insuffisante, il ne tardait pas à voir renaître la plupart de ses symptômes.

Enfin, ajouterai-je aussi, les tentatives faites pour soulager ou pallier les symptômes les plus pénibles, nuisent beaucoup plus qu'on ne s'en doute généralement au traitement curatif. Les considérations spéciales dans lesquelles nous allons entrer le feront comprendre suffisamment.

III. — *Traitement spécial de la phthisie pulmonaire.*

Indépendamment des moyens propres à remplir les indications générales qu'il ne faut jamais perdre de vue dans la phthisie pulmonaire, chaque cas exige encore un traitement spécial; ce traitement variera suivant la prédominance de tel ou tel symptôme, et l'existence de telle ou telle complication. Cependant, c'est à l'importance exagérée que les praticiens accordent à cette médication spéciale que j'attribuerais volontiers les insuccès qu'ils accusent, le besoin de médicamenter leur faisant perdre de vue les indications générales. Que de fois ne m'est-il pas arrivé d'être appelé auprès d'un malade prenant à la fois une potion contenant de la scille et de l'ipéca pour le débarrasser de ses glaires, une potion calmante pour le soir afin de lui donner du repos et de calmer l'irritabilité de ses bronches, une autre potion contenant du cachou, de l'acide gallique, du tannin, ou quelque autre astringent pour arrêter la diarrhée, des pilules d'acétate de plomb et d'opium pour combattre l'hémoptysie, des gouttes d'acide sulfurique pour diminuer les sueurs nocturnes, et par dessus tout cela de l'huile de poisson. J'ai vu, je le répète, des malades prendre tous ces médicaments et j'en néglige encore, tous à la fois; leur table était chargée de fioles et de boîtes comme un comptoir d'apothicaire, et cela sans qu'il parût être jamais entré dans la tête du praticien, que l'estomac noyé de tant de drogues nauséabondes, n'avait plus le temps ni la force d'accomplir ses fonctions normales. Il est certain que chez beaucoup de malades, ce traitement, purement palliatif des symptômes, indépendamment de ce qu'il ôte tout espoir de guérison, n'aboutit pas même, en fin de compte, à soulager des troubles fonctionnels contre lesquels il est dirigé. Ces symptômes, pourtant, méritent attention; mais leurs causes et les moyens de les combattre seront mieux compris en parlant de chacun d'eux en particulier.

Toux et expectoration. — Au début de la phthisie la toux est sèche et brève. Quand les tubercules se ramollissent, ou s'il survient une bronchite, elle devient grasse et plus prolongée. Lorsqu'il s'est formé des cavernes, elle est profonde et se répercute. En tout cas, la toux est un acte spasmodique occasionné par l'excitation des rameaux du pneumogastrique, excitation déterminant une action réflexe simultanée dans l'arbre bronchique et dans les muscles de la poitrine. L'expectoration ramenée par la toux sèche est, dans le principe, peu abondante et puro-muqueuse; plus tard elle sera tout-à-fait purulente. Lorsqu'elle devient nummulaire, c'est-à-dire formée de masses arrondies nageant dans un mucus clair et visqueux, c'est généralement le signe de la présence de

quelque excavation pulmonaire. L'accumulation des crachats dans les tubes bronchiques est une cause déterminante de la toux, c'est pourquoi un des meilleurs moyens de la calmer c'est de faire en sorte de diminuer leur sécrétion. Quand, au contraire, la toux est sèche, il faut avoir recours aux divers agents propres à amoindrir la sensibilité nerveuse. Dans le premier cas, la quantité de mucus et de pus sécrétée dépend matériellement de la faiblesse générale et des progrès de la tuberculose. Aussi une bonne nourriture, une grande attention au fonctionnement régulier des organes digestifs, constituent-ils le meilleur moyen de combattre la toux et l'expectoration; par contre il n'est peut être pas de traitement plus pernicieux que l'administration de ces potions nauséeuses avec de l'ipéca et de la scille. Il n'est guère de question de thérapeutique sur laquelle j'aie des opinions plus arrêtées ni mieux motivées que sur celle-ci; quelque efficaces, bien entendu comme palliatives, que soient toutes les préparations béchiques et calmantes, elles ne tardent pas à provoquer de la part de l'estomac une répugnance marquée pour toute sorte de nourriture, et dès lors c'en est fait de la tendance à la guérison. Par contre, rien n'est frappant comme la disparition spontanée de la toux et de l'expectoration quand les fonctions digestives et la nutrition générale se rétablissent. Lorsque la toux est sèche, comme à la première période de la maladie, lorsque les tubercules sont encore à l'état de crudité, et même aussi au dernier degré avec des cavernes sèches, l'emploi des revulsifs, sous diverses formes, mérite d'être recommandé. L'opium soulage momentanément, mais est-il besoin d'ajouter qu'il ne guérit point? Dans certaines occasions, la cautérisation du larynx avec une éponge chargée d'une solution de nitrate d'argent, rend de très grands services. (Voir Laryngite).

Anorexie. — Voici un des symptômes des plus constants, comme aussi des plus importants de la phthisie, puisqu'il entrave plus que tout autre le travail nutritif. C'est en vain qu'on attendrait un amendement quelconque dans les symptômes essentiels si les aliments, les analeptiques, l'huile de foie de morue ne peuvent être ingérés ni digérés. Il est bon de vous prémunir ici contre une méprise dans laquelle se laissent trop facilement entrainer les praticiens inexpérimentés. Rien n'est plus commun que des phthisiques assurant à leur médecin qu'ils ont bon appétit et qu'ils mangent copieusement; cependant, si on entre dans les détails on découvre bientôt que leur alimentation est insuffisante et qu'ils ont un dégoût particulier pour toute espèce de nourriture animalisée. Au reste, on les entend affirmer de la même façon qu'ils se sentent mieux ou qu'ils sont tout-à-fait bien, quand tout décèle chez eux un affaissement rapide. Le médecin ne doit jamais se contenter d'affirmations générales, mais il doit entrer dans le détail de l'espèce et de la quantité d'aliments ingérés, et, dans l'immense majorité des cas, il aura la preuve suffisante du dérangement de l'appétit et des fonctions digestives. Très communement aussi, ces malades ont un goût acide ou désagréable dans la bouche. Dans ce

cas, surtout si l'on a déjà considérablement abusé des médicaments, je vous conseille instamment de laisser reposer l'estomac avant de rien prescrire, pas même de l'huile de foie de morue. Du lait frais avec du pain grillé, un peu de viande bien préparée, de façon à tenter l'appétit capricieux de ces malades, pourront dès l'abord être essayés avec avantage. Puis on donnera, toutes les quatre heures, dix gouttes d'esprit d'ammoniaque aromatique, dans un verre à vin d'une infusion amère de colombo ou de gentiane, additionnée d'une petite quantité de teinture d'écorces d'oranges, de cardamome ou de quelqu'autre substance carminative. De cette manière, l'estomac reprendra du ton, les aliments seront mieux supportés et bientôt il sera permis d'en venir à l'huile de foie de morue, d'abord à petites doses, une cuillerée à thé, puis l'on augmentera progressivement et avec précautions. Si ces premiers moyens réussissent, on verra presque à coup sûr les symptômes s'amender les uns après les autres.

Nausées et vomissements. — Le dérangement de l'estomac va souvent beaucoup plus loin encore ; le malade éprouve des nausées ou même est pris de vomissements après ses repas. A une période avancée de la phthisie, les vomissements sont parfois la conséquence des efforts de toux et de la propagation des actions réflexes, par l'intermédiaire du pneumogastrique, jusqu'à l'estomac. Dans le premier cas, on évitera avec soin toutes les substances contre lesquelles l'estomac se révolte; on évitera de le surcharger, on le laissera même se reposer un peu. Si trop de médicaments ont déja été donnés, on en suspendra entièrement l'usage pendant quelques jours; souvent, cette sorte de trève aura pour effet de permettre au médecin de faire prendre un peu de nourriture, et cela avec les meilleurs résultats. La potion suivante m'a souvent réussi pour arrêter les vomissements des phthisiques. Pr. *Naphthe médicinal, 4 gram.; teinture de Cardamome composée, 4 gram.; mixture camphrée, 210 gram. M.* A prendre en six fois, à intervalles de quatre heures. Lorsque les vomissements dépendent de la toux, on aura recours aux moyens employés contre ce symptôme. J'ai aussi essayé contre les nausées et contre les vomissements les émétiques recommandés par certains auteurs, mais je n'en ai jamais obtenu le moindre effet encourageant.

Diarrhée. — La diarrhée est un symptôme très commun dans tout le cours de la phthisie. Au début, elle dépend ordinairement de l'excès d'acidité des voies digestives dont il a été fait mention, mais à une période plus avancée, elle est souvent liée à la présence de dépôts tuberculeux ou d'ulcérations de même nature dans les glandes intestinales. Le meilleur moyen de combattre ce symptôme fâcheux, c'est de veiller soigneusement à ce que l'alimentation soit bien appropriée comme qualité et comme quantité. Du moment que les fonctions digestives se font mieux, ce symptôme disparaît avec les autres dérangements fonctionnels du canal alimentaire. Voilà pourquoi, dans le principe, on évitera les fortes doses d'opium, l'acide

gallique, le tannin et les autres astringents énergiques, ou au moins on ne donnera de médicaments de cette classe que les plus doux, comme la craie avec la confection aromatique, ou bien encore l'un ou l'autre anti-acide, par exemple, quelques décigrammes de carbonate de potasse. Au contraire, lorsqu'à une période avancée de la phthisie apparaît une diarrhée continue, il y a lieu de soupçonner la présence d'une lésion tuberculeuse dans les intestins; alors, on aura recours aux astringents énergiques et à l'opium, à titre de palliatifs.

Hémoptysie.—Cet accident survient quelquefois tout à coup chez des individus n'ayant jamais offert aucune présomption de phthisie et chez lesquels même, un examen soigneux n'avait fait découvrir aucun signe physique de cette affection. Chez certains malades, les crachats sont simplement plus ou moins striés de sang. Enfin l'hémoptysie est commune au dernier degré de la tuberculose pulmonaire, apparemment à la suite de l'ulcération de quelque vaisseau d'une certaine importance. Dans tous ces cas, les meilleurs moyens à recommander sont le repos absolu et l'éloignement de toute excitation physique ou mentale. Le grand nombre des médecins emploient alors les astringents, surtout l'acétate de plomb et aussi l'opium. Cependant je cherche en vain à m'expliquer le mode d'action possible en cette occurrence, et, ce qui est plus significatif, j'affirme n'avoir jamais constaté un seul cas où ces moyens aient produit incontestablement les effets attendus. J'ai rencontré plusieurs cas d'hémorrhagie prétendûment pulmonaire, dont l'origine réelle était dans une affection follieulaire du pharynx ou du larynx; il a suffi pour les guérir et faire disparaître les symptômes réputés phthisiques, d'avoir recours à quelques cautérisations à l'aide de l'éponge chargée de nitrate d'argent en solution.

Sueurs. — Je regarde les sueurs comme un signe de faiblesse; aussi est-ce là un symptôme commun, mais nullement particulier à la phthisie. Ici encore, le véritable traitement curatif consiste à raviver l'énergie nutritive et à rendre des forces à l'économie. Toutes les fois que l'huile de foie de morue et le régime reconstituant produisent leurs effets avantageux, on ne tardera pas à voir les sueurs et aussi la toux et l'expectoration diminuer, puis disparaître. Je ne saurais approuver la pratique de beaucoup de médecins qui donnent des gouttes d'acide sulfurique pour combattre ce symptôme; en effet, c'est ajouter encore à l'acidité déjà excessive des voies digestives et, partant, rendre plus difficile l'absorption des principes graisseux que l'économie a besoin de s'assimiler.

Les phthisiques et tous les malades atteints d'affections pulmonaires sont, comme on le sait, excessivement sensibles au froid. La diminution de la vaporisation pulmonaire, chez ces sujets, est contre-balancée par un surcroît d'activité de la peau, et c'est pourquoi elle devient extraordinairement sensible aux abaissements de la température. En outre, l'impres-

sion du froid produit immédiatement, par action réflexe, une toux spasmodique et une irritation des poumons. Il n'est personne, tant soit peu observateur, qui n'ait remarqué comme quoi il suffit souvent pour provoquer de la toux, de traverser un corridor, de sortir au plein air, de se trouver dans un courant d'air, d'entrer dans un lit froid, etc., etc.

Il suffit qu'un phthisique sorte à l'air par un temps froid pour avoir aussitôt la respiration coupée et être pris d'un accès de toux; aussi le voit-on se hâter de porter instinctivement la main au devant de la bouche. Il est donc indispensable d'indiquer aux phthisiques les diverses précautions dont ils doivent s'entourer, et entre autres la nécessité de porter toujours des vêtements bien chauds, d'en avoir même de réserve avec eux, en cas de surprise lorsqu'ils sortent. La protection de la partie inférieure de la face est un excellent moyen à recommander, non pour procurer de l'air chaud aux poumons, comme les partisans des respirateurs se l'imaginent, mais à titre de vêtement supplémentaire. Ces malades devraient toujours avoir la présence d'esprit, lorsqu'ils vont en chemin de fer ou en bâteau, de tourner le dos à la machine afin de n'être pas exposés aux courants d'air; et si par hasard leur chaussure ou leurs vêtements sont humides ils ne sauraient trop se hâter d'en changer. Dans la maison même, les dames doivent toujours avoir sous la main un châle qu'elles puissent jeter sur leurs épaules lorsqu'elles doivent passer d'une chambre dans l'autre, en descendant l'escalier pour le dîner, etc. Une attention scrupuleuse à toutes ces minuties fera éviter bien des inconvénients sérieux.

Symptômes fébriles. — La rapidité du pouls, l'excitation générale, le manque d'appétit et la soif, si communément observés dans le cours de la phthisie, tiennent à des causes identiques à celles de la fièvre symptomatique, en général. Une distension vasculaire occasionnée par le travail de l'exsudation et de l'absorption se produit avec plus ou moins d'intensité dans les poumons et fréquemment dans d'autres organes. Il en résulte aisément une irritation nerveuse, une augmentation de la quantité de fibrine dans le sang et tout le cortège des phénomènes fébriles. L'intensité de ces derniers, est toujours en rapport avec l'activité de la lésion organique ou avec la rapidité de l'absorption secondaire en voie de s'opérer dans les tissus ou dans les dépôts morbides. Rien n'est fréquent comme des inflammations locales dans le cours de la phthisie, et souvent elles donnent au médecin attentif l'éveil sur l'apparition d'une pleurésie, d'une pneumonie, d'une bronchite, d'une laryngite, d'une entérite, etc., venant compliquer l'affection primitive. Dans ces cas, la nature elle-même signifie que le traitement analeptique, indiqué jusqu'alors, n'est plus désormais applicable; le malade, d'ailleurs, a du dégoût pour les aliments et n'a plus de désirs que pour les liquides. Dans ces circonstances, on avait coutume, autrefois, d'appliquer des sangsues ou des ventouses scarifiées sur les points enflammés; ces moyens, tout en procurant un soulagement immédiat mais passager, sont absolument contraires, nous le savons, à la

méthode de traitement général exposée ci-dessus, non moins qu'aux enseignements de la science concernant la pathologie de cette affection. Chaque nouvel accès d'excitation fébrile est suivi d'une dépression correspondante, or, on ne doit jamais l'oublier, dans une maladie essentiellement liée à la débilité, comme l'est celle-ci, c'est un devoir impérieux de ménager les forces du patient le plus possible. Aussi, le traitement auquel j'ai le plus volontiers recours, dans ces cas, consiste-t-il dans l'administration interne des sels neutres, spécialement du tartre émétique à petites doses, que je combine avec les diurétiques afin de provoquer une crise par les urines; après cela, la quinine est assurément avantageuse. Ces sortes de complications, j'en ai acquis la preuve, ne sont jamais jugulées par des sangsues ni par des ventouses scarifiées; d'ailleurs, malgré l'amendement immédiat mais tout-à-fait momentané qui en résulte, l'ennui de ces applications, le contact du sang et des éponges humides, l'exposition de la poitrine au refroidissement, irritent plus ou moins, et toujours ajoutent des risques inutiles. Cependant, je le reconnais, s'il est impossible de prouver que les saignées locales aient contribué à la guérison dans quelques cas, on ne saurait non plus démontrer qu'elles aient nui; mais encore, ces faits, d'après mon expérience sont-ils réellement rares. Dans les cas de phthisie fébrile à marche rapide, autrement dits de phthisie aiguë ou galopante, on a aussi recommandé les mercuriaux; je n'en ai jamais constaté le moindre effet utile.

Débilité. — C'est là un symptôme très commun dans la phthisie, même dès le début, et qui plonge souvent le malade dans un état d'indolence physique et mentale des plus nuisibles à l'accomplissement des fonctions nutritives, sur lesquelles repose tout l'avenir du traitement. C'est dans le but de combattre cette débilité que l'on administre les toniques; pourtant, je n'ai jamais vu le quinquina, les infusions amères ni même les ferrugineux rendre à eux seuls de bien grands services; par contre, l'abus de médicaments auxquels le malade répugne trop souvent, finit par fatiguer l'estomac et le rendre de plus en plus incapable de remplir ses fonctions. Ici encore, l'indication dominante, c'est de combattre les symptômes dyspeptiques, de faire prendre de l'huile de foie de morue, de donner un régime animalisé et de stimuler l'appétit à l'aide d'un exercice modéré et de la distraction ou même d'un changement de résidence. Parvient-on à raviver les fonctions nutritives, on est étonné souvent de voir avec quelle rapidité les forces reviennent, et c'est là une démonstration péremptoire de l'utilité de combattre la faiblesse chez ces malades. J'ai souvent vu des malades débilités au point d'être incapables de s'asseoir seuls dans leur lit, et qui grâce au traitement analeptique étaient en état au bout de quelques mois de marcher, d'aller à cheval sans fatigue, etc., et cela après avoir fait en vain usage de tous les toniques végétaux, minéraux et acides.

Découragement et anxiété. — Tous les praticiens attentifs ont noté l'in-

fluence pernicieuse des émotions mentales dépressives sur la marche de la phthisie. En effet, les cas le plus mauvais sont ceux de ces individus au caractère doux, placide et sans passions, qui se laissent aller aux sentiments de langueur et de débilité qui les oppressent. Ces sortes de personnes sont les plus faciles de tous les malades, ils n'occasionnent aucun dérangement, tout les accommode, ils se résignent aux circonstances, disent et répètent qu'ils mangent bien et qu'ils vont mieux, jusqu'à leur dernier jour. Ce sont là des cas de mauvais augure, car il est extrêmement difficile d'exciter chez ces sujets assez d'énergie pour prendre de l'exercice, ou seulement pour s'astreindre à toutes les observances régulières absolument indispensables au retour de l'appétit et au fonctionnement normal des organes digestifs. On se trouvera bien pour ces personnes, de les faire voyager lentement, de leur donner une société agréable, de rechercher toutes les occasions favorables pour les tirer de leur apathie et, insensiblement, de communiquer ainsi une stimulation salutaire à l'esprit et à l'organisme.

L'anxiété, par contre, bien que susceptible de conduire à l'abattement, et d'entraver les fonctions digestives, est souvent aussi d'un puissant secours pour le médecin. Les sujets en proie à ce sentiment ont beaucoup, parfois même trop de souci de leur santé, mais aussi, une fois convaincus des avantages d'une ligne de conduite ou de traitement particulier, ils la suivent avec énergie. Ces dispositions sont généralement d'un bon augure, et la plupart des guérisons permanentes dont j'ai été témoin, je les ai constatées chez des sujets appartenant à cette dernière catégorie — c'étaient des médecins et d'autres personnes, sachant à quoi s'en tenir sur la nature de leur maladie, mais qui bien résolus, et avec une courage digne d'admiration, résistaient bravement à la douleur physique, à la débilité générale et à la peur nerveuse (1).

CANCER DU POUMON.

Obs. CLXIX (2). — *Cancer du poumon, du corps thyroïde, et des glandes lymphatiques du cou. — Bronchite. — Leucocythémie.*

Commémoratif. — Margaret Stewart, cuisinière, âgée de 60 ans, est entrée à la clinique le 16 juillet 1851. Depuis plusieurs années, elle est sujette à une petite toux sèche; cependant elle n'en était guère incommodée si ce n'est à la suite de fatigue, comme après avoir préparé un grand dîner. A l'exception d'une diarrhée dont elle fut prise à l'époque du dernier choléra, elle a toute sa vie été plus ou moins constipée. Elle n'a jamais eu d'épistaxis, ni aucune autre sorte d'hémor-

(1) On trouvera dans l'ouvrage de l'auteur intitulé « On Pulmonary Consomption. 8°. 2e édit. Edinburgh, » une foule d'autres faits et d'observations concernant la pathologie et le traitement de la phthisie pulmonaire.

(2) Recueillie par M. D. O. Hoile, élève du service.

rhagie. Il y a quatre semaines, elle s'aperçut d'un gonflement au cou, ayant débuté en avant, puis s'étant peu à peu développé vers le côté droit. Dans ces derniers temps, la respiration est devenue courte et précipitée ; les forces se sont perdues et la toux s'est accompagnée d'une abondante expectoration.

Symptômes a l'entrée. — A la région antérieure du cou, on remarque une tuméfaction indurée, mesurant environ dix centimètres de diamètre, et occasionnée évidemment par l'augmentation de volume de la glande thyroïde. Une chaîne de ganglions engorgés s'étend depuis cette tumeur, sur le côté droit du cou, jusqu'en arrière. La malade se plaint d'une grande débilité, de sueurs constantes la nuit et d'une toux suivie d'une abondante expectoration spumeuse. La poitrine est partout sonore à la percussion. On entend des râles bruyants et humides de haut en bas, mais principalement en arrière et à la base des poumons. La résonnance vocale est notablement accrue, mais égale des deux côtés. La langue est chargée, d'un brun-noirâtre au centre. La déglutition est difficile, selon toute apparence par suite de la pression occasionnée par le développement glandulaire. Appétit mauvais, goût acide dans la bouche. Rien à noter du côté des autres fonctions.

Marche de la maladie. — La patiente est restée dans cet état plusieurs jours, pendant lesquels on lui appliqua de la teinture d'iode ou des révulsifs sur le cou ; en même temps on lui donnait des expectorants et des antispasmodiques pour combattre la toux. Cependant la dyspnée allait croissant, la déglutition devenait plus difficile, et les forces se perdaient de plus en plus. Le 30 *juillet*, on constata de l'albumine dans les urines. Enfin elle s'éteignit doucement le 3 août.

Autopsie. — Quarante heures après la mort.

Cou. — Après avoir disséqué la peau du cou, du côté droit, on découvre une multitude de glandes du volume d'un grain d'orge ou d'un pois, disséminées en petits groupes entre le muscle peaussier et le sterno-mastoïdien. A la région antérieure, existe une tumeur dure, recouvrant la trachée et les gros troncs vasculaires, située au-dessous du sterno-mastoïdien des deux côtés. En arrière, cette tumeur s'étend, à droite jusqu'au niveau des apophyses transverses des vertèbres ; en bas jusque sous la clavicule, entre elle et la première côte au périoste de laquelle elle adhère fermement. Un prolongement de la tumeur, à peu près gros comme deux noix, s'enfonce derrière la fourchette du sternum et s'attache également à son périoste. Ce prolongement présente, à la coupe, l'aspect des glandes lymphatiques hypertrophiées. Ce tissu est blanc, ramolli, même diffluent en certains endroits, et laisse suinter sous la pression un suc laiteux abondant, de nature cancéreuse.

Thorax. — Quelques lâches adhérences relient les deux plèvres de chaque côté. A droite, la cavité pleurale contient environ 150 grammes de sérosité. A la base des deux poumons et aussi dans toute la partie postérieure du poumon droit, on constate quelques exsudats membraneux d'origine récente. Tout le parenchyme est comme farci d'une multitude de nodules cancéreux, dont un certain nombre se trouve immédiatement sous la plèvre. Ces nodules sont généralement répandus d'une manière assez égale aussi bien à la base qu'au sommet, et leur volume varie depuis la grosseur d'un grain de millet jusqu'à celle d'une petite noix. Quelques-uns sont fermes, d'autres sont friables ou mous ; en un mot, ils offrent divers degrés de consistance. La pression en fait suinter abondamment un suc laiteux. La muqueuse des bronches a une couleur d'acajou foncé, et l'arbre aérien est plus ou moins rempli d'une matière muco-purulente.

Abdomen. — Tous les organes contenus dans cette cavité sont intacts.

Examen microscopique. — Le suc laiteux exprimé des glandes cervicales et des nodules disséminés dans les poumons contient une multitude de cellules de cancer, à la description desquelles il serait oiseux de nous arrêter. (Voir t. I, p. 298). Parmi

ces cellules on remarque un certain nombre de corpuscules arrondis, incolores, dont le diamètre varie entre $\frac{1}{150}$ et $\frac{1}{100}$ de millimètre. Un nombre inaccoutumé de ces mêmes globules existe également dans le sang, où on les avait d'ailleurs déjà constatés avant la mort. (Voir Leucocythémie).

Fig. 500.

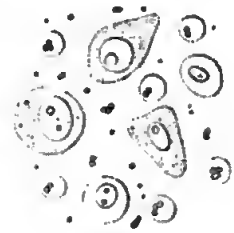


Fig. 501.

Commentaire. — Chez la malade dont l'histoire vient d'être relatée, nous avons, à maintes reprises, examiné attentivement la poitrine; toujours, nous l'avons trouvée sonore à la percussion. De gros râles ronflants et humides étaient perçus des deux côtés, surtout en arrière et en bas. Nous avions donc tous les signes d'une bronchite, vérifiée d'ailleurs à l'autopsie; mais en outre il existait dans les deux poumons une résonnance vocale inaccoutumée. J'avais cru, dans le principe, pouvoir attribuer ce phénomène à une réduction du volume des poumons, mais la dissection vient de nous révéler assez clairement la cause de cette augmentation de densité, dûe à une infiltration cancéreuse. La réunion de ces divers signes : sonorité augmentée ou inaccoutumée des poumons, bronchite, exagération de la résonnance vocale, suffit-elle pour poser le diagnostic dans un cas semblable? A l'expérience seule appartiendra de répondre à cette question. Toutefois, il sera toujours difficile de différencier des cas de cancer nodulé du poumon pareils à celui-ci, de ceux où se présentent les mêmes signes et qui dépendent simplement du collapsus pulmonaire si communément occasionné par la bronchite chronique. Quoi qu'il en soit, ce cas m'a mis dans une grande perplexité, malgré l'existence de la tumeur du cou, et quoique je connusse l'importance attribuée à ces tumeurs par le Dr Kilgour d'Aberdeen (1).

Le traitement, on le pense bien, a été purement palliatif.

Le cancer du poumon peut se montrer sous deux formes distinctes : — 1° en nodules disséminés; 2° en masses infiltrées. La première de ces formes n'offre pas de signes physiques ni de symptômes fonctionnels capables de déceler la présence d'un cancer. Dans la seconde forme, il existe une matité inaccoutumée et de la résistance à la percussion, une augmentation de la résonnance vocale et de la respiration tubaire ou bien encore une diminution du bruit respiratoire, selon les conditions de densité, de position et d'étendue de l'infiltration cancéreuse. Ces signes coïncident-

(1) *Monthly Journal of Medical science*, juin, 1850.

Fig. 500. Cellules du suc cancéreux exprimé du corps thyroïde.

Fig. 501. Les mêmes après addition d'acide acétique; on distingue les cellules cancéreuses et les cellules propres de la glande, signalées également en grand nombre dans le sang. 250 *diam.*

ils avec la présence d'un cancer dans une autre région du corps, il reste peu de doute sur le diagnostic à porter. Même en l'absence de ces dernières présomptions, le commémoratif, l'âge avancé du malade, et l'absence de râles humides suffiront parfois à lever tous les doutes. Cependant, il faut le dire, malgré les savantes recherches de Stokes, de Hughes, de M'Donnell, de Walshe et de Kilgour, les moyens de diagnostiquer à coup sûr cette lésion laissent encore beaucoup à désirer. On trouvera, dans cet ouvrage, huit autres cas dans lesquels fut constatée la présence d'un cancer au poumon. (Obs. XXXI, XLII, LIX, LXXIX, LXXXV, XCI, XCII, CI.) Dans un seul de ces cas, (obs. XCII) la plèvre était envahie. A l'exception du sujet de l'observation XLII dont on n'a pu examiner la partie postérieure des poumons, ces organes ont été régulièrement et avec soin explorés à l'aide de la percussion et de l'auscultation. Cependant, aucun d'eux n'a présenté de combinaison ou de succession de symptômes de nature à faire affirmer ou seulement présumer l'existence du cancer pulmonaire. Le malade de l'observation XCI a seul expectoré des crachats gélatineux teintés de sang, crachats gelée-de-groseilles décrits par Stokes. L'observation LIX nous a montré des masses fongoïdes ulcérées et gangrénées, avec tous les signes d'une pneumonie, et nous avons constaté des îlots de condensation pneumonique, entourant des noyaux d'épithélioma du poumon. Le sujet de l'observation LXXXV était porteur d'un anévrysme thoracique, auquel tous les signes pouvaient être attribués. Lorsque le cancer existe à l'état d'infiltration dans une certaine étendue au sommet des poumons, et qu'en même temps un autre organe est également atteint de la même affection, si l'on constate, de plus, une tumeur au cou ou dans le médiastin, le diagnostic est relativement aisé.

Rien n'est plus variable que la structure intime du cancer du poumon. Au début, il offre parfois simplement de délicates cellules, ovales ou rondes. (Fig. 324). A un degré plus avancé, il présente souvent de grandes cellules composées. (Fig. 331) comme dans l'observation XCI. Lorsqu'il se montre sous la forme d'infiltration, et qu'il est ramolli dans une certaine étendue, je l'ai vu se réduire à un amas de noyaux irrégulièrement formés, comme dans la fig. 385. Il m'est arrivé une fois de rencontrer, dans un poumon affecté de cancer, une grosse masse d'aspect encéphaloïde, comme fibreuse, et composée en majeure partie de corpuscules fusiformes alongés.

CONCRÉTIONS CHARBONNEUSES DES POUMONS.

Obs. CLXX (1). *Dépôts charbonneux dans le poumon avec expectoration noire.*

Commémoratif. — Thomas Wilson, âgé de 38 ans, ouvrier houilleur, venant de Oakley Mines, près Dunfermline, est entré à la clinique le 26 juillet 1851. Cet

(1) Recueillie par M. W. Calder, élève du service.

homme raconte qu'il travaille dans les houillères depuis vingt quatre ans; son occupation la plus usuelle consistait à faire sauter le roc pour creuser les puits, et, pour ce travail, il employait chaque jour de grandes quantités de poudre. Ces travaux l'exposaient en outre à toutes les intempéries, au froid, à l'humidité, ordinairement avec les pieds dans l'eau et fréquemment même avec les habits complétement mouillés. Il lui est souvent arrivé de travailler dans une atmosphère tellement chargée d'air impur, que les lampes des mineurs avaient de la peine à brûler, ce qui arrivait surtout lorsqu'il fallait creuser dans la pierre ferrugineuse. Nonobstant son séjour habituel dans un milieu aussi insalubre, il n'y a guère que sept mois qu'il a commencé à être incommodé d'une petite toux sèche et de difficulté de respirer. Cependant, il continua de travailler comme auparavant, jusqu'à ce que la toux prenant de plus en plus de gravité, l'obligea à quitter sa besogne, il y a environ quatre mois; il était alors tourmenté d'une violente dyspnée et d'une expectoration continuelle, très abondante surtout la nuit. C'est une quinzaine de jours après, étant déjà en traitement, qu'il s'aperçut que ses crachats avaient une couleur noire foncée. Les crachats, dit-il, prirent subitement ce caractère et il en fut très alarmé.

Symptômes a l'entrée. — La cage thoracique est large et bien conformée. A la percussion, on constate une légère matité dans la moitié supérieure du poumon gauche, en avant, comme en arrière. Le côté droit rend partout un son normal. A l'auscultation, sur une étendue de quatre ou cinq travers de doigts au dessous de la clavicule, du côté gauche, l'inspiration est rude et l'expiration est prolongée. Plus bas, on entend de fins râles humides, et la résonnance de la voix est accrue légèrement. A droite, la voix retentit très fortement dans toute l'étendue du poumon, mais surtout immédiatement au dessous de la clavicule; toutefois, les bruits respiratoires n'offrent rien d'anormal. Le mouvement d'expansion de la poitrine est sensiblement égal des deux côtés. La respiration est aisée et régulière dans la position assise ou dans le lit, mais il suffit de quelques efforts pour la rendre courte et difficile. Il existe toujours une petite toux insignifiante. Le malade raconte qu'au début de son affection, il lui eût été impossible de se coucher sur le côté gauche; à présent, il sait rester sur n'importe quel côté. Les crachats sont abondants, s'attachent avec ténacité au fond du vase et sont d'une couleur noire intense; quand on les plonge dans l'eau, une petite partie moins foncée en couleur surnage à la surface, le reste gagne le fond immédiatement; laisse-t-on cette eau reposer un peu, la partie supérieure reprend sa limpidité, et le fond du vase est complétement noir. Les acides acétique, sulfurique et nitrique, même la potasse bouillie avec ces crachats, n'en altèrent en rien la coloration. A part ces symptômes, toutes les fonctions s'accomplissent bien; l'appétit est bon et il n'existe jamais de goût acide ni désagréable dans la bouche. Les selles sont régulières comme d'habitude; jamais de diarrhée. Pas de sueurs la nuit, au moins depuis qu'il a quitté son travail. Le pouls, durant l'examen physique, bat 88 fois par minute; on le trouve, dans la suite, généralement à 76. On prescrit une potion expectorante. Durant la dernière quinzaine de son séjour à l'infirmerie, on lui fit prendre trois grandes cuillerées d'huile de foie de morue par jour. Dans le mois d'août il demanda à s'en aller; les symptômes ne s'étaient guère amendés.

Examen microscopique des crachats. — La matière des crachats présente, sous le microscope, un certain nombre de cellules épithéliales chargées d'une substance noire, charbonneuse. Dans quelques unes où les noyaux restent visibles, on voit cette substance déposée entre eux et la paroi cellulaire; dans d'autres cellules, les noyaux sont entièrement masqués. Sur certaines parties du champ microscopique, on ne reconnait plus d'aspect cellulaire, mais seulement des masses noires en apparence homogènes; çà et là, quelques cellules déchirées montrent leur contenu en partie épanché au dehors (voir fig. 397).

Commentaire. — Les signes physiques constatés dans ce cas ne permettent guère de révoquer en doute un état de condensation marquée au sommet des deux poumons. En effet, nous avons noté dans un côté une matité considérable à la percussion, et, dans l'autre, de la résonnance bruyante de la voix. Cette dernière, il est vrai, ne coïncidait avec aucune modification sensible à la percussion, mais cette anomalie tenait sans doute à l'existence d'un état légèrement emphysémateux, contrebalançant l'augmentation de densité du tissu pulmonaire.

L'historique de la maladie, la nature des occupations de cet homme et les crachats noirs portaient d'emblée à croire que cette condensation était due à une accumulation de matière charbonneuse dans les poumons. Cette affection, on le sait, est particulièrement fréquente chez les mineurs, chez les mouleurs en fer et en cuivre, et chez les ouvriers employés dans quelques autres industries.

Obs. CLXXI (1). — *Dépôts charbonneux dans les poumons, avec expectoration noire, chez une femme.*

Commémoratif. — Christina Nasmyth, 42 ans, femme d'un mineur, de Musselburgh, est entrée à l'Infirmerie le 21 mai 1857. Avant son mariage, elle a travaillé pendant neuf ans dans la fosse, où son occupation consistait à traîner les wagons. Elle s'est mariée à seize ans et a quatre enfants bien portants. Sa santé, assure-t-elle, a toujours été très bonne jusqu'au mois de janvier dernier. Vers cette époque, elle commença à tousser et à rejeter des crachats noirs comme de l'encre; en même temps elle éprouvait une sensation douloureuse dans toute la partie antérieure de la poitrine et entre les épaules. Elle perdit l'appétit et bientôt ses forces. Depuis quelque temps elle a la voix rauque et cassée. Un traitement médical a déjà été suivi, mais sans grand bénéfice.

Symptômes a l'entrée. — Pas de dyspnée; toux peu fréquente, brève et assez sèche, expectoration peu abondante, formée d'écumes sanguinolentes, mêlées à des masses épaissies d'un mucus noir-bleuâtre. Sensation pénible d'oppression à la face antérieure de la poitrine. La voix est rauque et cassée. Il existe un peu de matité sous la clavicule droite, et une sorte de craquement durant l'inspiration; l'expiration est prolongée et la résonnance de la voix est légèrement accrue. Sous la clavicule gauche, on note du bruit de pot fêlé et une respiration bronchique accompagnée de quelques râles humides à la fin de l'inspiration; la résonnance vocale est aussi augmentée. En arrière, la percussion ne révèle rien d'anormal; on n'y entend pas non plus de râles humides, mais seulement quelques râles sibilants et ronflants à l'expiration, vers la partie moyenne des deux poumons. Le cœur conserve son volume normal et sa position ordinaire; le premier bruit est rude à la pointe; le pouls est à 80, suffisamment fort. Appétit défectueux, avec soif le matin; pas de vomissements; beaucoup de flatuosités; selles de jour à autre; menstruation régulière; urine normale, offrant une densité de 1010.

Marche de la maladie — 25 *mai*. Pas de trace de sang dans les crachats, ceux-ci consistent en quelques masses épaisses d'un noir-bleuâtre, flottant dans un mucus légèrement visqueux. A l'examen microscopique, on y observe de nombreuses molécules de pigment, dont un certain nombre est libre et le reste est renfermé dans de larges cellules; on y reconnaît aussi quelques faisceaux de tissu

(1) Recueillie par S. de Melho Aserappa, élève du service.

fibreux et élastique. Le régime se composera de *lait et de viandes rôties*. — 26 *mai*. On n'entend plus de râles humides sous la clavicule gauche; la respiration conserve son caractère fortement bronchial au sommet du poumon gauche; ces phénomènes sont moins marqués à droite; la voix est moins rauque. — 27 *mai*. *Appliquer un emplâtre de poix de Bourgogne de 15 centimètres carrés, sur le derant de la poitrine*. — 28 *mai*. Aucun changement dans le murmure respiratoire ni dans les crachats; dyspnée légère; grande faiblesse. *On prescrit une potion avec de l'esprit de nitre doux et de l'esprit d'ammoniaque aromatique*. — 29 *mai*. Les masses noires sont rejetées moins fréquemment. — 1 *juin*. L'enrouement a disparu; les crachats deviennent plus rares et présentent encore moins de masses noires; l'appétit revient et la malade se promène toute la journée dans la salle. — 6 *juin*. Elle désire vivement retourner dans sa famille et demande sa sortie.

Commentaire. — Il paraîtrait, d'après les récits de cette femme, qu'à partir de l'âge de sept ans jusqu'à seize, elle aurait travaillé au fond de la fosse. Elle cessa d'y descendre après son mariage et se porta bien durant vingt-six ans. Survint alors, pour la première fois, de la toux accompagnée de crachats noirs et de la désorganisation du poumon. Cette observation montre que des dépôts charbonneux peuvent se former dans les poumons bien des années avant de manifester activement leur présence; cette manifestation dépend d'ailleurs de toutes les causes ordinaires capables d'occasionner soit une bronchite, soit une pneumonie. Les jeunes filles ne sont plus aujourd'hui, grâce au progrès, employées aussi souvent qu'autrefois dans les fosses; ce cas est donc assez rare sous plus d'un rapport.

L'affection dont nous nous occupons en ce moment, est très commune chez les mineurs, dans les environs d'Edimbourg; aussi l'a-t-on beaucoup étudiée ici. Elle a été décrite la première fois par le Dr James Gregory, et la matière noire fut analysée par le Dr Christison, lequel démontra qu'elle était formée par du carbone pur ou du noir de fumée; ce résultat a été confirmé par tous les observateurs qui ont suivi. Les mémoires du Dr William Thomson, insérés dans les volumes XX et XXI des *Transactions of the Medico-Chirurgical Society of London*, contiennent une foule de documents importants, relatifs à cette maladie. Vous trouverez également dans le *Monthly Journal* de 1845, une série d'articles de feu le Dr Mackellar, exposant ses opinions basées sur une foule de faits recueillis durant sa longue et laborieuse carrière de médecin, au milieu de la population houillière du Haddingtonshire.

Les poumons des sujets morts de cette affection présentent une coloration noire foncée, surtout intense à leur sommet. Le parenchyme incisé laisse suinter sous la pression un suc abondant, noir comme de l'encre, colorant tout ce qu'il touche, s'attachant aux mains et à la peau, et s'insinuant sous les ongles comme le ferait de l'encre de chine bien délayée. Au sommet des poumons, on trouve généralement un état d'induration plus ou moins marqué; la matière noire y est aussi plus épaisse et souvent molle comme du mastic de vitrier. A un degré plus avancé, il se

forme des ulcérations et des excavations comparables sous tous rapports aux cavernes de la phthisie; seulement il n'y a pas ici de tubercules, et l'espèce d'altération anatomique est suffisamment caractérisée par la coloration noire. Parfois on sent avec le doigt ou on peut même énucléer de petites masses noires, indurées, semblables à du gravier; il s'en rencontre aussi avec un aspect vitreux comme le charbon minéral ou le charbon cristallin. Le musée de l'université d'Edimbourg contient une riche collection de pièces anatomiques en ce genre, et l'étude que vous en ferez vaudra mieux que toutes les descriptions que je pourrais vous donner.

Une gouttelette du liquide exprimé d'un tel poumon, soumise à l'examen microscopique sous un grossissement de 250 diamètres, offre une multitude de molécules noires d'une extrême ténuité, flottant au sein d'un liquide. Çà et là se voient quelques cellules semblable à celles contenues dans les crachats et plus ou moins remplies de ces mêmes molécules, sur lesquelles les agents chimiques les plus énergiques n'ont aucune action (voir fig. 83, 84 et 397). J'ai à maintes reprises examiné cette lésion à tous ses degrés, et jamais je n'y ai rien trouvé qui fût de nature à la faire rattacher à une transformation consécutive à un épanchement hémorrhagique, comme le suppose Virchow.

L'étude pathologique de cette affection présente une foule de difficultés. Est-elle le résultat de l'inhalation de particules de carbone flottant dans l'air, ou serait-ce plutôt le produit d'une sécrétion de carbone par le système pulmonaire lui-même ?

Le fait capital allégué en faveur de la première opinion, c'est la fréquence de cette altération chez les houilleurs et chez les mouleurs en fer ou en cuivre. Cependant, on sait qu'elle est très commune dans certaines fosses et inconnue dans d'autres; c'est là une anomalie difficile à expliquer, puisque d'un côté comme de l'autre doivent exister de fines poussières de charbon suspendues dans l'air.

Une autre observation non moins intéressante, c'est que les ouvriers à la veine ou employés à charrier le charbon, sont plus rarement atteints que ceux dont l'occupation consiste à faire sauter la roche. Ces derniers se servent beaucoup de poudre à canon, aussi, certains médecins ont-ils attribué la fréquence des dépôts charbonneux dans les poumons de ces hommes plutôt à la fumée des mines qu'à la poussière du charbon, d'autant plus qu'il travaillent le plus souvent dans d'étroites galeries où la ventilation laisse beaucoup à désirer.

Toutefois, cette dernière explication rencontre également des difficultés; en effet, il est bien prouvé que dans certaines fosses où il faut avoir recours constamment à la mine et où il y a beaucoup de poussière, la maladie est tout à fait inconnue. C'est ce qui a fait supposer que certaines roches donneraient lieu à un dégagement de gaz plus fort ou plus délétère que d'autres, pour la respiration des ouvriers. Voici comment M. Philp, d'Aberdour, lequel a une grande expérience en cette matière, s'exprime à ce sujet dans une communication adressée au Dr Thomson. « Les

ouvriers qui travaillent à la roche, c'est-à-dire occupés à creuser les puits et des galeries de communication, sont exposés tout particulièrement aux influences délétères de l'air impur. En effet, indépendamment du travail dans un espace étroit, dans des espèces de culs-de-sac où la ventilation est nécessairement insuffisante, ces hommes respirent constamment un air chargé d'émanations gazeuses d'acide carbonique s'exhalant sans cesse de la surface des roches nouvellement entaillées. Ils doivent travailler dans cet air impur, de longues heures chaque jour, et cela pendant plusieurs mois de suite; souvent même il arrive que la tranchée est poussée à plusieurs mètres au-delà de l'endroit ou les lampes cessent de brûler » Ailleurs il ajoute : « les puits et les galeries où l'air est le plus impur sont notés pour être ceux où se produisent le plus grand nombre de cas. »

Pour M. Steel, de Craighall, aussi, la maladie serait occasionnée par les mines dans le roc et par le travail au sein d'un air impur. « Une raison qui a son poids, dit-il, c'est que ces roches contiennent une substance toxique, probablement de nature métallique, car les ouvriers se plaignent d'un goût styptique et métallique dans la bouche. On ouvrit une fosse dans le fief de Niddry, et on travailla plusieurs années avant de tomber sur la bonne veine. Six ou huit ouvriers employés à ces fouilles succombèrent; plusieurs autres furent obligés de quitter, un seul résista et vit achever les travaux qu'il avait commencés. On tomba à plusieurs reprises sur un banc de roc particulier, auquel les ouvriers donnaient le nom d'arsenic à cause des effets délétères qu'il produisait sur eux. Je n'en connais pas la composition. Lors des travaux d'ouverture d'une autre fosse à Newbattle field, un grand nombre d'hommes moururent après une moyenne de deux ans de travail. On attribua cette mortalité à la nature de la pierre. »

Les faits connus laissent donc indécise la question de savoir si la coloration noire de ces dépôts charbonneux doit être rapportée à l'absorption par les voies respiratoires de la poussière de charbon, de la fumée de la poudre ou des lampes, ou bien encore de l'acide carbonique. De plus, ces concrétions sont-elles déposées directement ou primitivement au sein des éléments organiques, ou bien le dépôt charbonneux est-il secondaire, c'est-à-dire le résultat d'un processus de sécretion ?

Avant de répondre à ces questions, il est deux autres séries de cas sur lesquels il est indispensable d'attirer votre attention.

1° On connaît des exemples d'infiltration charbonneuse dans les poumons avec des crachats noirs et des cavernes, chez des sujets qui n'étaient jamais entrés dans une fosse et qui n'avaient jamais respiré la fumée de la poudre. Le Dr W. Thomson cite plusieurs faits de ce genre, dans son mémoire. L'un de ces cas a été relaté par le Dr Browne, aujourd'hui inspecteur des Asiles d'aliénés de l'Écosse; un autre a été décrit par feu le Dr Moir, de Musselburgh. Ce dernier malade n'avait jamais été exposé à respirer des vapeurs nuisibles, à moins que ce ne fût de *l'acide carbonique*, car il était propriétaire d'une grande brasserie et il avait l'habitude de visiter

lui-même, tous les jours, les caves et les vastes cuves dans lesquelles ce gaz délétère se produit en quantité. Le même Dr Moir rapporte encore l'observation d'un cocher dont les poumons, à l'autopsie, se trouvèrent infiltrés d'une matière épaisse, noire comme de l'encre et colorant les mains comme l'eût fait de la suie ou du charbon. Un quatrième cas similaire, chez une femme, a été observé par le Dr Veitch. Aucune de ces personnes n'était exposée à la fumée ni à la poussière de charbon. Je pourrais également citer plusieurs faits du même genre, un entre autres, où une des glandes bronchiques, était le siége d'un kyste ayant à peu près la dimension d'un œil humain, et qui était rempli d'un liquide noir comme de l'encre.

2° Une autre série de cas a été signalée par le Dr Natalis Guillot, de Paris; ses recherches ont été faites dans un hôpital de vieillards auquel il était attaché (1). D'après ce médecin, il n'est guère d'individu avancé en âge dont les poumons ne présentent des dépôts charbonneux, amassés surtout en abondance au sommet. Le carbone forme même parfois des noyaux capables d'oblitérer les vaisseaux et les tubes bronchiques. J'ai aussi observé un grand nombre de cas semblables, et il n'est pas douteux qu'à mesure des progrès de l'âge, une plus grande quantité de carbone ne s'amasse dans les poumons. Chez les enfants, ces organes offrent une coloration rosée claire, comme on sait; plus tard ils prennent une teinte grise, puis bleuâtre, et passent au noir plus ou moins foncé pendant les dernières années de l'existence.

Que faut-il conclure de ces faits? La matière noire est indubitablement constituée par du carbone pur, comme on peut s'en assurer par les réactifs chimiques. Ce n'est donc point une altération de l'hématine résultant d'extravations sanguines dans le tissu pulmonaire, comme le suppose Virchow. Elle ne présente jamais la coloration brunâtre ni les caractères de structure que nous avons montré appartenir au charbon (2); cette circonstance suffit pour infirmer l'opinion de ceux qui lui attribuent une origine extérieure, notamment la poussière de charbon. D'après le Dr Pearson (3) nous respirons sans cesse, sans nous en apercevoir, un air plus ou moins impur, chargé de fumée provenant de la combustion, et ces impuretés s'accumuleraient naturellement avec l'âge dans les voies respiratoires. Si cette opinion était vraie, il faudrait que les dépôts charbonneux fussent plus communs chez les habitants des grandes villes ou des centres manufacturiers, comme Londres, Liverpool, Manchester ou Glasgow; mais il n'en est rien. L'air à Paris, comparé à celui de ces autres villes, est remarquablement pur; les grandes usines y sont rares, et cependant, d'après N. Guillot, cette affection est des plus communes.

Faudra-t-il donc conclure que dans tous les cas la matière charbonneuse

(1) Archives générales de Médecine, vol. 67, 1848.

(2) Voir un article de l'Auteur, sur la structure des différentes sortes de charbon. Transactions of the Royal Society of Edinburgh, vol. XXI. 1re partie.

(3) Philosophical Transactions 1853.

se forme par un processus chimique agissant sur place? L'état actuel de nos connaissances ne permet pas de donner une réponse définitive à cette question.

Il est encore un point du plus haut intérêt; c'est l'antagonisme apparent entre les dépôts charbonneux et la tuberculose.

On observe fréquemment, dans les poumons noirs des mineurs, des cavités ulcérées plus ou moins vastes et traversées par des bandes de tissu cellulaire, mais on y rencontre bien rarement des tubercules. Chez un sujet ou deux, on a constaté des tubercules chroniques; mais en aucun cas, les cavernes remplies de matière noire, chez les mineurs, n'ont paru être la conséquence de la tuberculose. Telle est pourtant l'analogie entre les cavernes consécutives à ces deux affections, que certains auteurs ont qualifié de *phthisie noire* cette mélanose des poumons. Les uns croient à la préexistence d'une phthisie tuberculeuse, dans le cours de laquelle des dépôts charbonneux viendraient s'insinuer dans les ulcérations et dans le tissu parenchymateux. D'autres, et parmi eux le Dr Mackellar, soutiennent qu'il n'y a jamais de tubercules dans ces cas, et que les cavernes sont dues exclusivement à l'évacuation par les crachats de la matière charbonneuse accumulée dans le tissu pulmonaire. J'ai, à maintes reprises et à tous les degrés de cette affection, recherché minutieusement des tubercules, je n'en ai jamais découvert. Toutefois, je le reconnais, la difficulté de ces investigations est très-grande, car il est probable que si des produits tuberculeux existaient, ils seraient tellement imprégnés de matière charbonneuse qu'ils en deviendraient méconnaissables, même avec de forts grossissements. Ce qui a pu donner le change à ce sujet, c'est que les tuyaux bronchiques sont fréquemment remplis de matière purulente ordinaire, mais celle-ci au lieu de présenter des globules de pus est chargée de particules rappelant beaucoup celles que l'on trouve dans les tubercules ramollis.

N. Guillot fait remarquer, et c'est là un fait bien connu, que chez les vieillards dont les poumons présentent des traces de tubercules, les concrétions crétacées sont toujours entourées de matière noire. Il croit, en conséquence, que le dépôt charbonneux, en comprimant les capillaires qui entourent immédiatement le tubercule, s'oppose à la formation de nouveaux exsudats et devient de la sorte un moyen de guérison. Cependant, la chose est loin d'être invariable. Quoi qu'il en soit, il est bien certain que ces dépôts noirs, comme les tubercules, existent toujours en plus grande proportion au sommet du poumon, et la rareté de leur association avec du tubercule récent porte à croire qu'ils exercent une influence particulière opposée au développement de ce dernier.

J'ai aussi observé de la matière noire autour de tubercules du péritoine; mais ici, ce n'était point du carbone libre, car une macération prolongée dans l'alcool en faisait disparaître entièrement la coloration (voir fig. 390).

Si je m'en rapporte à mes observations, il n'existe pas de différence structurale entre le pigment de la mélanose et la matière noire de la

maladie que nous étudions. Certaines cellules des crachats des mineurs, remplies de granules noirs, ressemblent exactement à celles du cancer mélanique (comparer les fig. 396 et 397). Par contre, ces deux sortes de produits présentent une différence marquée au point de vue de la composition chimique. Dans l'un, la coloration noire, quelle que soit sa nature, est fugace et ne résiste pas à l'action des acides minéraux ; dans l'autre elle est fixe et ne se modifie même point par la chaleur du chalumeau. Les dépôts noirs peuvent donc se diviser en deux classes : les premiers *mélanotiques*, comme on les appelle depuis longtemps, et les seconds *charbonneux*, d'après leur composition chimique.

Il nous reste peu à dire par rapport au traitement de la phthisie noire. Une fois le mal établi, il est au-dessus des ressources de l'art. Il est, cependant, une particularité curieuse à signaler : un homme travaille de longues années dans une fosse sans rejeter jamais le moindre crachat noir ; mais une fois que le mal se déclare, il continue à expectorer de la matière charbonneuse, parfois durant des années, même s'il abandonne immédiatement son travail de mineur. Les deux cas rélatés ci-dessus en sont des exemples; de plus, ils fournissent un argument sérieux en faveur de l'opinion qui attribue cette maladie à une sécrétion plutôt qu'à un dépôt mécanique de carbone. Le rôle du médecin se borne ici à instituer un traitement palliatif, en se guidant sur la nature des symptômes et sur la force de la constitution. Quant aux moyens préventifs, ils consistent dans la ventilation des galeries des houillères et dans l'établissement de dispositions propres à enlever les vapeurs auxquelles les mouleurs en fer et en cuivre sont exposés. Ces mesures prophylactiques, quelle que soit d'ailleurs la théorie que l'on adopte concernant la pathogénie de cette affection, ont déjà rendu les plus signalés services à cette classe intéressante d'ouvriers, et le progrès des idées humanitaires, concordant comme toujours avec l'intérêt bien entendu, en rend chaque année l'application plus générale.

Digitized by Google

SECTION VIII.

MALADIES DU SYSTÈME GÉNITO-URINAIRE.

Dans aucun département de la médecine, peut-être, on n'a fait, dans ces dernières années, aux points de vue du diagnostic et du traitement, des progrès plus rapides que dans celui des affections du système génito-urinaire. Malgré les objections, justes sous certains rapports, articulées contre les explorations trop fréquentes ou inopportunes des voies utérines, on ne saurait nier, qu'employées avec jugement et discrétion, ces explorations aient matériellement contribué à faire reconnaître et à traiter avec succès des lésions, qui sans cela eussent été méconnues ou mal interprétées. L'emploi du microscope pour l'examen des urines, et la recherche histologique des altérations morbides du rein, confondues jusqu'ici sous le nom générique de maladie de Bright, ont éclairé toute une classe de lésions jusqu'alors fort obscures. De plus, il en est résulté, au point de vue de la chimie pathologique, l'indication d'activer les transformations nécessaires de certains produits organiques destinés à l'excrétion, et c'est là un résultat de la plus haute importance. A ces avantages déjà bien grands pour la médecine, ne s'arrêteront pas, il faut l'espérer, les conséquences de ces investigations.

Quoique les maladies des organes génito-urinaires chez la femme, forment à présent une spécialité rentrant si étroitement dans le cadre de l'obstétrique, je m'arrêterai à l'une d'entre-elles, l'hydropisie de l'ovaire.

HYDROPISIE DE L'OVAIRE.

Obs. CLXXII (1). — *Hydropisie de l'ovaire. — Paracentèses répétées. — Extirpation des deux ovoires. — Étranglement de l'intestin. — Phlébite. — Mort par suite d'Ileus au soixante-dixième jour après l'opération.*

Commémoratif. — Jessie Fleming, célibataire, âgée de 20 ans, entrée à l'Infirmerie le 5 juillet 1845, s'est aperçue pour la première fois, il y a dix-huit mois, d'une

(1) Recueillie par M. D. P. Morris, élève du service.

tumeur à la partie inférieure de l'abdomen, située profondément au milieu de l'hypogastre. Elle ne saurait assigner aucune cause à son affection. La tumeur prit un développement rapide; au bout de dix mois le ventre était développé au point que la respiration et la marche étaient devenues pénibles. On fit alors une paracentèse qui donna issue à vingt-trois litres d'un liquide visqueux, jaunâtre. Le ventre ne tarda pas à reprendre ses dimensions premières et il fallut renouveler la ponction. A six reprises déjà on a eu recours à l'opération, et chaque fois avec un intervalle de plus en plus rapproché. La quantité de liquide évacué variait sensiblement, quoique toujours considérable. La santé générale restait fort peu affectée.

Symptômes a l'entrée. — La malade éprouve des douleurs dans les reins, dès que l'épanchement devient considérable. Les sens spéciaux et la sensibilité générale n'offrent rien à noter. Le sommeil est troublé par la gêne de la respiration et à cause de la position demi-assise nécessitée par le développement abdominal. Celui-ci joint à la faiblesse musculaire, rend en outre tous les mouvements fort pénibles et difficiles. Le ventre mesure 1m23, dans sa plus grande circonférence, juste au-dessus de l'ombilic. On y sent distinctement de la fluctuation. La matité hépatique ne peut être limitée par la percussion. La peau du ventre est sillonnée de fissures transversales de couleur violacée; elle est souvent très chaude et on dirait qu'elle va éclater. Langue nette; appétit un peu diminué; pas de soif ni de nausées; selles régulières, parfois un peu liquides, mais en somme naturelles. Urines rares, épaisses, fortement colorées, à réaction acide, déposant un sédiment brun jaunâtre, mais ne se coagulant ni ne se troublant point par la chaleur. Peau sèche, chaleur normale. Le malade dit qu'elle ne transpire jamais. Pas de toux ni aucun autre symptôme thoracique, à part la dyspnée qui est très violente la nuit. L'auscultation de la poitrine ne révèle rien d'anormal. Pouls à 88, petit et vif; bruits cardiaques un peu brusques quoique naturels. Les règles reviennent à intervalles irréguliers, parfois de trois, parfois de cinq semaines, mais toujours très abondantes.

Marche de la maladie. — L'état de la malade s'est peu modifié; la quantité d'urine rendue journellement n'a jamais excédé 375 grammes, une fois même elle est descendue 187 grammes. Le ventre devient de jour en jour plus tendu et la dyspnée va croissant. — 12 *juillet*. M. Syme pratique l'opération de la paracentèse. Le trocart est enfoncé à gauche de la ligne blanche, à cinq centimètres au-dessus du pubis. Il est sorti vingt-trois litres d'une sérosité citrine et transparente. Tout-à-fait à la fin, le liquide devient visqueux comme du blanc d'œuf et contient quelques flocons jaunâtres et opaques. Il fournit un caillot épais sous l'action de la chaleur et de l'acide nitrique. Les flocons, vus au microscope, se composent non pas de lymphe, comme on le supposait d'après l'aspect, mais d'une multitude de cellules de un à trois millièmes de millimètre de diamètre. Le plus grand nombre mesure 0mm,0025 de diamètre. Elles sont légèrement granuleuses, rondes ou ovales; l'eau n'en affecte point la forme, mais l'acide acétique les rend plus transparentes et y fait apparaître un noyau de 0mm,0008 dans leur plus grand diamètre (voir fig. 307). Ces cellules à noyaux se trouvent entourées d'une matière granulaire aisément divisible. Peu de temps après l'opération, la malade se plaint d'une forte douleur dans le côté gauche de l'abdomen, douleur n'augmentant pas par la pression. *Donner immédiatement 3 grammes de teinture d'opium.* — 3 *juillet*. La malade a continué à ressentir plus ou moins de souffrance dans l'abdomen, mais cette souffrance est superficielle ou péritonéale. On a obtenu de bonnes selles par l'administration d'une poudre de jalap composée, et 1300 à 1350 grammes d'urine a été rendue journellement. L'endroit de la ponction est cicatrisé; l'abdomen reste volumineux mais souple. Au palper, on sent distinctement une tumeur à contour nettement limité, du volume d'une tête d'adulte, fermement attachée

par sa partie inférieure dans le bassin, mais très mobile d'un côté à l'autre à sa partie supérieure. La malade décrit sa douleur comme ayant un caractère sourd, rongeant, continu, sans élancements et n'augmentant pas par les mouvements. Pouls à 98, de force normale; langue un peu chargée; appétit modéré; pas de soif, mais rejet par le vomissement de tout ce qui est ingéré. Les vomissements apparaissent environ dix minutes après chaque repas, se font par une sorte de régurgitation et s'accompagnent d'une douleur rongeante à l'estomac, et notamment sous les fausses côtes du côté droit. L'estomac est souvent distendu par des gaz; éructations fréquentes; quatre ou cinq selles depuis l'opération; la sécrétion urinaire a augmenté et il a été rendu aujourd'hui près de 1200 grammes de liquide. On prescrit de nouveau la poudre de jalap. — 18 *juillet*. La malade est examinée avec soin par le professeur Simpson, à l'aide de sa bougie utérine. Au moyen de cet instrument, le fond de l'utérus se laisse refouler aisément jusque derrière le pubis où on le reconnaît à sa forme arrondie naturelle. M. Simpson est d'avis que la tumeur tient à l'ovaire gauche par un pédicule étroit. 330 grammes d'urine. — 19 *juillet*. L'exploration d'hier a été suivie d'une vive douleur dans les reins, douleur atroce au dire de la malade; l'infirmière ajoute qu'elle poussait des cris comme une femme en travail. Deux heures et demie après, on lui fit prendre une dose de 2gr,75 de la solution de morphine. La douleur s'assoupit mais continua jusqu'à 11 heures du soir. Une mixture calmante avec de l'éther, qu'on avait administrée, fut rejetée immédiatement. — 7 *août*. Les vomissements se sont calmés graduellement sous l'influence de pilules d'opium et de créosote. Cependant, l'urine a encore diminué de quantité, et depuis dix jours il en est rendu à peine 350 à 400 grammes; en même temps, le ventre a repris son volume primitif. En conséquence, le Dr James Duncan fait, aujourd'hui, une nouvelle ponction qui donne issue à vingt-cinq litres et demi de liquide, présentant les mêmes caractères que celui du 12 juillet. Bientôt après l'opération, la femme ressentit dans le dos et à la partie supérieure de l'abdomen une violente douleur qui cessa vers minuit à la suite d'une dose de 2 grammes de solution de morphine. — 16 *août*. La malade avait été transférée dans les salles de chirurgie. Le Dr Bennett insistait pour l'opération de l'ovariotomie, mais tous les chirurgiens l'un après l'autre déclinèrent cette proposition. En conséquence, la femme est rentrée, aujourd'hui, dans la salle de médecine. La santé générale s'est améliorée entre temps, mais le liquide abdominal continue à s'accumuler. Par un examen attentif on s'assure que la tumeur n'offre pas d'adhérence avec la paroi antérieure de l'abdomen. Cette paroi peut être saisie et attirée en avant, pendant que la tumeur ovarique roule librement au-dessous. Le foie est soigneusement exploré; sa matité verticale dans l'hypochondre droit est de sept centimètres et demi; il est refoulé fortement en haut où sa limite est au niveau du mamelon. 750 grammes d'urine ont été rendus dans les 24 heures. La santé générale est moins bonne qu'au jour de l'entrée. Sortie, le 24 *août*.

3 *Septembre*. — En quittant l'Infirmerie, la malade alla occuper une chambre garnie; le Dr Bennett la confia au soins du Dr Handyside, lequel avait fait une nouvelle ponction la veille; dix huit litres de sérosité furent retirés. Ce chirurgien ayant aquis la conviction que le cas réclamait impérieusement l'opération de l'ovariotomie, se décida à la pratiquer. — 5 *septembre*. A la suite de l'administration de 0,65 centigrammes d'extrait de coloquinte, hier soir, la malade a eu quatre selles, dont la dernière à huit heures du matin; on vient en outre de passer un lavement simple. L'état de santé est satisfaisant; langue nette; la patiente est résolue à tout.

Opération d'ovariotomie. — Le Dr Handyside procède à cette opération, le 5 *septembre*, en présence des Drs Beilby, Simpson, W. Campbell, A. D. Campbell, Baillie, Bennett, Struthers et du professeur Goodsir. La température de la chambre

est portée à 72° F. (22° C.) La patiente est placée sur une table, en face d'une bonne lumière, les pieds reposant sur une chaise, et les épaules élevées et soutenues par des coussins. Le Dr Handyside, debout à la droite de la malade, pratique, à l'aide d'un fort scalpel, une incision longitudinale d'environ huit centimètres, à travers la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, en suivant la ligne blanche au milieu de l'espace compris entre l'ombilic et le pubis. Cette incision est ensuite approfondie avec précaution jusqu'à la membrane du péritoine. L'opérateur en saisit alors un pli et y fait une étroite ouverture. Au même moment, un peu de liquide glaireux s'échappe, preuve que la cavité péritonéale est ouverte. A l'aide d'un bistouri boutonné, l'opérateur achève l'incision péritonéale, à laquelle il donne une longueur seulement de six centimètres. L'écoulement d'une forte quantité d'un liquide glaireux nécessite un temps d'arrêt. Le Dr Handyside introduit ensuite deux doigts dans le ventre pour s'assurer s'il n'y avait pas d'adhérences entre sa paroi et la surface extérieure de la tumeur. N'en ayant trouvé aucune, il prolonge l'incision vers le haut sur une longueur de sept centimètres, à l'aide d'un bistouri boutonné qu'il dirige sur les doigts introduits dans l'abdomen. Il passe alors toute la main par la plaie et ne rencontrant d'adhérence d'aucun côté, il agrandit résolument l'ouverture vers le haut jusqu'à plus de moitié de la distance entre l'ombilic et le cartilage xiphoïde, et inférieurement jusqu'à cinq centimètres de la symphyse du publis. L'opérateur prit soin d'éviter l'ombilic en dirigeant son incision un peu à gauche. A travers cette large ouverture se présente le fond de la tumeur qui est saisie par le professeur Simpson et attirée doucement au dehors. On veille à ce que les intestins ne s'échappent point ; ce soin est confié particulièrement à Mr Goodsir qui, à l'aide des deux mains, les refoule en même temps qu'il tient écartées les lèvres de la plaie. A la face antérieure et au fond de la tumeur on aperçoit plusieurs orifices circulaires à bord lisses, à travers lesquels s'écoule un liquide glaireux, absolument semblable à celui qui s'est échappé de la cavité péritonéale, pourtant il est un peu plus épais. L'une de ces ouvertures est ensuite agrandie d'un coup de bistouri et livre passage à un flot de liquide glaireux. Il en résulte une réduction notable de la tumeur. On examine ensuite le pédicule, que l'on trouve constitué par le ligament large gauche de l'utérus, un peu alongé et augmenté de volume, mais sans aucune altération de texture. L'utérus a conservé son volume normal, seulement il est d'un rose-rouge ; il n'a pas de connexion avec la tumeur, si ce n'est par l'intermédiaire du ligament. Le pédicule ayant été attiré avec précautions mais suffisamment au dehors, on le traverse d'une forte aiguille courbe, fixée sur une pince, et portant une solide ligature double qui sert à étrangler les deux moitiés autour desquelles on les lie séparément. On éprouve quelque difficulté à serrer les ligatures à cause de l'élasticité du tissu. Reste à séparer la tumeur, ce qui se fait en sectionnant avec soin à l'aide d'un scalpel à environ deux centimètres et demi au dessus des ligatures. En faisant cette section, l'instrument ouvre un autre petite kyste, d'où s'échappe encore une certaine quantité de liquide glaireux. Lors de la séparation de la tumeur, il s'écoula assez bien de sang veineux, mais le pédicule cessa bientôt de donner, quoiqu'on y aperçût au moins une grosse artère béante. On examine ensuite l'ovaire droit dans lequel on reconnaît la présence de quelques kystes, bien qu'il ne dépasse point le volume d'une forte noix. On procède immédiatement à son ablation, et son ligament est divisé en deux par une double ligature ,puis sectionné de la même manière que la tumeur principale. La surface de section des ligaments larges n'est le siége d'aucune altération. Les quatres bouts des ligatures de chaque pédicule sont réunis et liés ensemble, puis trois sont excisés, de manière à ne laisser qu'un seul fil de chaque côté, à l'angle inférieur de la plaie. Le sang épanché ainsi que le reste du liquide glaireux restant dans le fond de la cavité abdominale et du pelvis, sont enlevés avec précaution à l'aide d'éponges lines. Le péritoine pariétal et viscéral

présente une rougeur générale, mais aucune trace d'exsudat plastique. Les intestins, au moins ce qu'on en voit, sont parfaitement sains. Tout écoulement de sang ayant cessé sans qu'il ait fallu une seule ligature, les bords de la plaie sont soigneusement rapprochés, et réunis à l'aide de dix sutures entortillées, seulement on se garde d'y comprendre le péritoine. Pour mieux assurer une parfaite réunion de la plaie, on avait pris soin de faire préalablement sur la peau, à l'endroit de l'incision, des lignes transversales à l'aide d'un crayon de nitrate d'argent. Ces points de repère furent d'un grand secours pour retrouver les points de correspondance, ce qui eut été difficile à cause de la flaccidité des téguments, à la suite de l'opération. Le pansement consiste en deux longues compresses de *tint* (1) en plusieurs doubles, étendues de chaque côté de l'incision, puis recouvertes par une troisième, et fixées à l'aide de quelques larges bandes de sparadrap. Enfin on établit une certaine compression à l'aide d'un double bandage à plusieurs chefs, passé sous la patiente avant l'opération, et qu'on fixe alternativement à l'aide d'épingles, de chaque côté du ventre. Le pansement est protégé par un drap dont on entoure le ventre et les cuisses, puis on met la femme dans son lit. Elle a très bien supporté l'opération. Un instant il y eut menace de syncope, mais on ne dut pas donner de stimulant. Le pouls n'est pas descendu au dessous de 80; mais il est resté généralement entre 90 et 100. L'opération dura en tout environ quarante minutes, dont quinze pour l'incision préliminaire, l'inspection et l'enlèvement de la grosse tumeur; cinq pour l'ablation de la petite, et vingt pour enlever le liquide de la cavité péritonéale, faire les sutures, appliquer les compresses, les bandelettes et le bandage.

Suites de l'opération. — Après avoir porté la patiente au lit, on lui fit prendre immédiatement 4 *grammes de solution de morphine*. A quatre heures elle se plaignit d'une douleur aiguë dans l'abdomen; on donna 0,13 *centigrammes d'opium en pilule*, puis, à 8 heures du soir encore 0,06 *centigrammes d'opium*. A 9 heures elle demanda à être changée de position et la douleur cessa bientôt après. Le pouls était à 100, mou. On retira à l'aide de la sonde 250 grammes d'urine. — 6 *septembre*. L'opérée a encore pris 5 grammes 50 centigrammes de solution de morphine durant la nuit, ce qui amena de l'assoupissement mais pas de sommeil. A 2 heures après midi, on constate un peu de gêne de la respiration. A 9 heures, le pouls est à 148, plein et fort; la respiration est encore plus difficile. *Saignée de 600 grammes*. — 7 *septembre*. A 2 heures on permet un peu de gruau chaud, puis 0,90 centigrammes de *black drops*, car elle manifestait de l'inquiétude et de l'agitation. — 8 *septembre*. Hier soir elle a eu un peu de beef-tea et de pain grillé; elle a dormi plusieurs heures. Pansement à 2 heures après midi; la plaie est réunie par première intention, excepté à l'endroit des ligatures. — 16 *septembre*. La suppuration s'est établie autour des ligatures. Quelques coliques et agitation. Une selle est rendue. A 9 heures du soir le ventre est douloureux et on y applique 20 sangsues. — 11 *septembre*. La nuit a été passable. La sensibilité abdominale a diminué, mais il reste de la douleur dans la région iliaque gauche. Pouls à 130, mou. Respiration facile, à 35 par minute. *Appliquer 20 sangsues sur le point douloureux. Donner toutes les trois heures 0,20 centigrammes de poudre de James avec 0,03 centigrammes d'opium. Pour boisson, soda water avec du vinaigre de framboises.* — 22 *septembre*. Amélioration progressive; seulement, depuis quelques jours l'opérée se plaint de toux, mais l'auscultation et la percussion ne révèlent rien d'inquiétant du côté des organes respiratoires. Le régime a été progressivement augmenté; elle prend du beef-tea et des œufs; aujourd'hui, on lui accorde 60 grammes de rôti au dîner. La plaie donne issue chaque jour à 100 ou

(1) Espèce de toile de coton peu serrée, pelucheuse d'un côté, et qui remplace souvent la charpie, dans les hôpitaux anglais.

120 grammes de pus louable. — 28 *septembre*. L'opérée est si bien qu'elle a pu se lever et s'asseoir quelques instants sur une chaise. L'appétit se développe et elle mange de la viande tous les jours. — 3 *octobre*. Une diarrhée légère est survenue; la suppuration est très abondante et fétide. Le soir, en tirant sur une des ligatures, elle se détache et ramène une parcelle de tissu mortifié de sept centimètres et de la grosseur d'une plume de corbeau. *Donner six centigrammes et demi d'opium.* — 10 *octobre*. Des selles diarrhéiques reviennent encore de temps en temps, nonobstant l'emploi de *pilules de plomb et opium*. La toux est pénible et ramène une expectoration très visqueuse, présentant çà et là, un peu de coloration rouillée. L'exploration de la poitrine révèle, pour la première fois, des râles crépitants vers le tiers moyen du côté gauche, en arrière; inférieurement, ce sont des râles sonores à l'inspiration et à l'expiration. Dans le poumon droit, en arrière, le murmure respiratoire est généralement rude, avec augmentation de la résonnance de la voix, mais sans râle. En tirant sur les ligatures qui tiennent encore bien, on provoque l'écoulement de cinq ou six cuillerées d'un pus épais, verdâtre et très fétide. On recommande le décubitus sur le ventre le plus possible. Prescr. : *Mucilage, 30 grammes; sirop simple et vin d'ipéca, de chaque 15 grammes; solution de chlorhydrate de morphine, 7 grammes 50 centigrammes; eau de fontaine, 125 grammes. M. A prendre par cuillerée à soupe toutes les quatres heures.* Le soir, à 9 heures, les ligatures tirées avec assez de force cèdent soudain, en produisant une sensation comparable à un coup reçu dans le ventre. Aucun lambeau ou débris mortifié n'y était attaché et la séparation ne fut suivie d'aucune perte de sang; cependant le pus présente des débris de tissu mortifié. On établit une certaine compression sur la fosse iliaque et sur la région ombilicale, afin de favoriser l'évacuation du pus. — 20 *octobre*. Depuis le 10, la malade a beaucoup toussé et a présenté tous les symptômes d'une pneumonie double, limitée à la partie postérieure de la base des deux poumons. Le pouls dépressible a constamment oscillé entre 120 et 140. Le traitement a consisté à garder le lit, en préparations calmantes pour la nuit, vin et alimentation tonique. Hier, un vésicatoire a été appliqué à la base du côté gauche du thorax, et aujourd'hui, il y a un mieux sensible. La crépitation a disparu et la toux a cessé. Au côté gauche, en arrière et en bas près de la colonne vertébrale, il reste une place de la grandeur de la main, présentant de la matité à la percussion. Depuis quelques jours, la malade mange avec appétit et reste assise toute la journée. — 1er *novembre*. Quoique les signes physiques du côté de la poitrine aient subi peu de changement, la santé se rétablit de jour en jour, si bien que la malade reste levée et se promène toute la journée dans sa chambre. La plaie donne encore chaque jour environ une cuillerée de pus. A quatre heures et demie, profitant de l'absence de sa garde-malade et ayant grand faim, elle est allée à l'armoire aux provisions et a mangé une demi tasse d'arrowroot, un bon quart de litre d'une forte soupe, un petit morceau de roastbeef et un peu de pain, en un mot, tout ce qu'elle trouva. Immédiatement après, elle ressentit des tranchées violentes dans tout le ventre et bientôt elle rendit tout ce qu'elle avait pris. L'abdomen se tendit et devint tympanitique au-dessus de l'ombilic; une anse intestinale se dessinait sous la peau et rendait un son clair à la percussion. On administra *quelques gouttes d'essence de menthe, et des fomentations chaudes furent appliqués sur le ventre*. Il en résulta un peu de soulagement; cependant, des vomissements verdâtres continuèrent à de fréquents intervalles. *Suppositoire contenant* 0,30 *centigrammes d'opium*, pour le soir. — 2 *novembre*. A 10 heures du matin on administre un lavement, puis un second quatre heures plus tard, sans provoquer aucune évacuation intestinale; il n'y a plus eu de selle depuis le 31 octobre à 6 heures du soir. La malade a continué toute la journée à faire des efforts pour vomir, avec rejet de temps en temps, de gorgées de mucus. A 8 heures du soir, il existe un contraste marqué entre la distension tympanitique au-dessus de l'om-

bilic et l'aplatissement ou affaissement de la partie du ventre située au-dessous. La malade n'a rien pris si ce n'est un peu de café. Prescr. : *Calomel*, 0,50 *centigrammes. Opium gommeux*, 0,13 *centigrammes. Conserve de roses, q. s. Pour faire deux pilules. En donner une tout de suite. Injecter lentement par l'anus un litre et demi d'eau chaude. S'il n'y a pas eu de selle à midi, donner un nouveau lavement composé d'une infusion de* 1 *gramme de tabac dans* 190 *d'eau.* — 3 *novembre.* Le lavement à l'eau chaude a été rejeté immédiatement avec beaucoup de gaz et très peu de matière fécale. On n'a pas administré le lavement au tabac. Ce matin, l'aspect extérieur marque l'anxiété ; le pouls est à 120, petit; la langue est chargée, la soif vive, l'appétit nul. La partie supérieure du ventre est fortement distendue, et sous la peau se dessine nettement une anse intestinale à l'endroit de laquelle la pression est douloureuse. *Appliquer* 12 *sangsues sur l'abdomen. Donner le lavement au tabac.* 8 heures du soir : on a passé le lavement, mais pas tout-à-fait en entier; il fut retenu dix minutes et occasionna un collapsus très marqué, du tremblement et des vomissements. Deux fortes injections d'eau chaude ont ensuite été faites, sans ramener de matière fécale. Pas de sensibilité morbide à l'abdomen ; on y fera une *embrocation à la térébenthine.* — 4 *novembre.* La malade s'est plainte la nuit dernière d'une douleur pulsative dans le mollet gauche ; en même temps la cheville et le pied de ce côté s'enflaient. Aujourd'hui, tout le membre est gonflé jusqu'à l'aine, et l'on sent une induration tout le long de la veine fémorale. Les matières vomies sont manifestement stercorales. L'affaissement est de plus en plus marqué. Les vomissements offrent tantôt le caractère stercoral, d'autres fois ils sont bilieux ; coliques passagères. L'amaigrissement fait des progrès rapides, ce qui rend encore plus sensible le gonflement et le tympanisme intestinal au-dessus de l'ombilic. Le pouls varie généralement de 130 à 150; il n'est devenu réellement petit que le jour avant la mort. On a continué les pilules de calomel et opium et fait encore quelques injections anales; enfin, on a tâché de soutenir les forces au moyen de liquides alimentaires. Les facultés intellectuelles ont persisté jusqu'à la dernière heure; un peu avant la mort, la distension tympanitique de l'abdomen et le gonflement du membre inférieur droit diminuèrent légèrement. Le 12 *novembre*, à minuit, la malade pria l'infirmière de la soulever un peu, ce qui fut fait; au même moment, elle se rejeta en arrière et rendit l'esprit; c'était le 70e jour après l'opération.

Autopsie. — Quarante heures après la mort.

Corps très amaigri. On ne fait pas l'ouverture du crâne.

Thorax. — La cavité pleurale gauche contient une trentaine de grammes de sérosité, et la droite à peu près le double. Les plèvres offrent des adhérences tellement fortes à gauche, que le poumon se déchire quand on l'enlève; sa base notamment était fortement soudée au diaphragme. A droite, les plèvres présentent des adhérences au sommet et aussi vers le lobe inférieur, mais elles se détachent avec facilité. Le bord antérieur du lobe supérieur du poumon gauche est emphysémateux, sa partie postérieure est légèrement engorgée. Les coupes qu'on y pratique offrent un aspect normal, et le parenchyme est partout crépitant. Le lobe inférieur est dense extérieurement, et son tissu offre une coloration rouge brunâtre; il est très friable et ne surnage plus, en un mot, il est le siége d'une splénisation complète. Les deux lobes supérieurs du poumon droit sont emphysémateux à leur face antérieure, engorgés postérieurement dans les points déclives; le reste est sain. La moitié antérieur du lobe inférieur est également emphysémateuse et présente çà et là des noyaux d'induration dus à une pneumonie chronique lobulaire. La moitié postérieure est le siége d'une splénisation générale, de même que le lobe correspondant de l'autre poumon. La muqueuse des bronches est normale, recouverte de quelques mucosités. Les deux poumons sont petits. Le *cœur* est pâle et petit.

Les cavités droites renferment un caillot foncé et résistant. Les valvules et le tissu musculaire sont intacts. L'aorte contient un petit caillot très ferme et en partie décoloré.

Abdomen. — En retournant les parois abdominales, on arrache quelques fausses membranes entre le péritoine pariétal et le péritoine viscéral. La ligne d'incision était parfaitement cicatrisée, excepté à son extrémité inférieure où il reste une ouverture ronde, comme pour y passer un pois. La cicatrice péritonéale est marquée par une ligne noirâtre, mais elle est parfaitement unie et n'offre pas de trace d'exsudat inflammatoire. L'épiploon est mince, transparent, dépourvu de graisse, et resserre étroitement les intestins. Son bord inférieur adhère intimement au péritoine pariétal et viscéral à environ trois centimètres au-dessus du pubis. On incise transversalement l'épiploon de manière à découvrir les intestins situés au-dessous, lesquels sont fortement distendus par des gaz. Les circonvolutions les plus superficielles appartiennent à l'iléon, et sont plus ou moins adhérentes entre elles, à l'épiploon, au mésentère et aux parties voisines, par le moyen de bandes d'exsudats chroniques. Ces adhérences sont rompues successivement et avec soin, de manière à dérouler l'intestin, en procédant de haut en bas. A 1m65 exactement, au-dessus du cœcum, à gauche et au-dessus de l'ombilic, l'intestin est étranglé par une bande d'exsudat, absolument comme par une ligature. Au-dessus de cet obstacle, le tube intestinal est distendu et au moins de la grosseur du poignet; inférieurement, il est revenu sur lui même et n'est pas pas plus gros que le petit doigt. De l'air pénètre encore de la portion supérieure dans la portion inférieure, mais de l'eau versée par le haut est arrêtée net à l'endroit de l'étranglement. Toute la portion du tube intestinal située au-dessus de ce dernier est fortement distendue par des gaz; la partie inférieure, y compris le cœcum, le côlon et le rectum, est affaissée et revenue sur elle-même. La cavité du bassin est obstruée et séparée du reste de l'abdomen par des adhérences solides entre les surfaces des parois du ventre, de l'épiploon et des circonvolutions intestinales. Le péritoine, en ces points et surtout dans la fosse iliaque gauche, est tapissé d'une couche solide d'exsudat chronique ayant environ trois millimètres d'épaisseur. Cet exsudat offre une coloration verdâtre, sale, mêlée d'une matière pigmentaire noirâtre; il est très dur et difficile à couper comme du cartilage. On parvient avec quelque difficulté à séparer les anses intestinales de leurs attaches avec l'épiploon et à les enlever. On met ainsi à nu une cavité de la dimension d'une orange située entre l'utérus et le rectum, et tapissée uniformément par le même exsudat chronique signalé plus haut. La face antérieure de l'utérus est unie solidement à la vessie par des adhérences anciennes. Du côté droit, il reste deux ou trois centimètres de la trompe de Fallope et des ligaments larges dont les extrémités sont soudées avec la paroi antérieure de la cavité. Du côté gauche, la surface de l'utérus et ce qui reste du ligament large sont tellement soudés à la paroi de la cavité qu'on ne parvient pas à les en détacher. Cette sorte de poche ou d'excavation entre l'utérus et le rectum communique avec l'extérieur, et formait certainement un réservoir où le pus était stagnant pendant la vie. A sa partie supérieure s'abouchait un sinus, lequel remontait à gauche, par dessus le côlon descendant entre le péritoine et les intestins, jusqu'au diaphragme où il se terminait par un cul-de-sac de la dimension d'un œuf de poule. Ce sinus a le calibre du petit doigt; il est tapissé dans toute son étendue par la même fausse membrane verdâtre et densifiée décrite ci-dessus. Le cul-de-sac était rempli d'un pus fétide, d'un jaune sale, et a pour parois: au côté interne l'estomac et le lobe gauche du foie; au-dessus et en arrière le diaphragme, le côlon, et la rate vers le côté externe et en bas; il est revêtu également d'exsudat chronique densifié. La muqueuse de l'estomac et du petit intestin est normale. Ce dernier renferme une certaine quantité de matière fécale, molle, de la couleur du mortier. Le gros intestin est vide. Le siége de l'étranglement ne présente aucune trace d'inflammation. La muqueuse du rectum

sur une longueur de vingt-deux centimètres au-dessus de l'anus, est fortement vascularisée, épaissie et enflammée. Sur cette portion de l'intestin, se remarquent six ulcères d'étendue variable, pouvant égaler le diamètre d'une pièce de cinquante centimes ou même d'un franc; le plus vaste est seulement à deux bons centimètres de l'anus. Ces ulcérations, toutes de forme arrondie, sont recouvertes d'une sorte de putrilage formant une couche épaisse d'une sale coloration verdâtre. Le *foie*, les *reins* et la *rate* sont anémiés, mais n'offrent pas d'altération de structure. La *veine fémorale* et la *saphène* peuvent être suivies sous les téguments comme une corde dure et tendue. Ces veines, comme aussi l'iliaque externe jusqu'au point où elle se perd sous la couche d'exsudat dans la fosse iliaque gauche, se trouvent obstruées par un caillot sanguin adhérent à la paroi interne du vaisseau, en partie décoloré et offrant la consistance de fromage mou. Ce caillot s'arrête à environ huit centimètres au-dessous du ligament de Poupart.

Description de la tumeur. — La tumeur de l'ovaire gauche enlevée par l'opération pesait 4300 grammes. Elle était de forme ovale et mesurait 0m33 dans son plus grand diamètre et 0m23 dans son plus court. Son enveloppe se composait d'un tissu fibreux, blanc, luisant, dense, offrant à l'extérieur des taches de différentes dimensions, semblables à de la lymphe chronique. A sa face antérieure se remarquaient des ouvertures ou des ulcérations de grandeur variable. Les bords de ces ulcérations étaient lisses et arrondis, de la même épaisseur que l'enveloppe fibreuse. La surface de la section, tout près de la ligature, présentait une large ouverture laissant voir dans l'intérieur de la tumeur de nombreux kystes, de volume variable, depuis un pois jusqu'à une bille de billard. L'un de ces kystes de la grosseur d'une noix de coco a été ouvert lors de la section de la tumeur. La masse entière fut envoyée au Musée de l'Université, injectée avec soin par M. Goodsir, puis sectionnée en divers points afin d'en laisser voir la structure interne. Quelques uns des kystes renfermaient du pus, d'autres étaient remplis de cette sorte de liquide glaireux, communément rencontré dans ces tumeurs. On peut voir encore au Musée trois préparations de cette pièce; on distinguera :

1° Une portion du sac fibreux montrant les points d'insertion d'un grand nombre de kystes de forme et de volume variables. Les artères (?) finement injectées forment un lacis très riche sur les parois des kystes internes. L'un de ceux-ci, de la grosseur d'un petit œuf de poule, présente sa moitié supérieure fortement injectée, tandis que tout le reste est pâle; la ligne de démarcation est irrégulière mais nettement tranchée. Ce kyste doit être rempli de pus, à en juger d'après son aspect crémeux et distendu.

2° Une partie du sac fibreux montrant la surface de l'incision par laquelle on a séparé la tumeur de ses attaches. Cette surface de section présente une ouverture d'environ sept centimètres dans sa plus grande largeur.

3° Une partie du sac fibreux montrant les ulcérations précédemment décrites.

L'ovaire droit atteint la grosseur d'une noix. Il est formé extérieurement par une capsule fibreuse, dense, et à l'intérieur par plusieurs petits kystes. La texture naturelle de l'organe a totalement disparu.

Commentaire. — La vie de cette jeune femme devenait de jour en jour plus pénible, par suite de l'énorme développement de l'abdomen et de la gêne qui en résultait pour les fonctions de la respiration, de la micturition, de la locomotion, etc. Elle désirait vivement qu'une opération fût tentée, et elle a supporté avec le plus grand courage l'ovariotomie, qui fut d'ailleurs pratiquée avec beaucoup de dextérité. On peut ajouter même, qu'elle en guérit, car, nonobstant la complication survenue du côté de la poitrine,

elle se trouva tellement bien du quarante huitième au cinquante huitième jour après l'opération, qu'elle fut en état de s'asseoir et de se promener sans éprouver aucun dérangement. Ce dernier jour, étant en proie à cette faim immodérée des convalescents, elle profita de l'absence de sa garde-malade et mangea très copieusement. L'estomac, par suite, fut distendu; les intestins subirent un déplacement, si bien qu'une bride d'exsudat chronique attachée à la paroi abdominale vint se nouer en quelque sorte autour de l'intestin, causant un étranglement mécanique complet et la mort douze jours après, avec tous les symptômes de l'ileus. C'est à cette cause tout accidentelle, et nullement aux suites directes de l'opération, que doit être attribuée la terminaison fatale.

Cependant, je me suis demandé à maintes reprises, si j'étais bien autorisé à conseiller l'opération? Voici les raisons qui paraissent surtout militer en sa faveur: 1° la jeunesse et la bonne constitution de cette personne; 2° le malaise insupportable résultant de l'affection et qui avait fini par décider cette femme à courir les chances d'une opération qui pût la débarrasser de son mal; 3° la mort qui était inévitable dans un délai rapproché. En effet, il est évident qu'on n'aurait pu continuer à retirer vingt litres de liquide de l'abdomen toutes les trois ou quatre semaines, sans compromettre gravement les fonctions vitales et l'existence elle même; 4° l'extirpation de la tumeur offrait donc l'unique chance de salut; 5° le diagnostic avait été posé avec soin, j'étais convaincu de son exactitude, et l'autopsie l'a malheureusement confirmé en tous points.

Parmi les praticiens qui suivirent le cas et assistèrent à l'autopsie, plusieurs se demandèrent s'il n'y avait pas quelque rélation de cause à effet — entre la compression établie sur le ventre, au moyen du bandage à plusieurs chefs et des compresses destinées à provoquer l'écoulement du pus au dehors — et la poche remplie de pus entre l'utérus et le rectum et le sinus fistuleux allant de cette poche au diaphragme? D'aucuns pensaient que la compression, au lieu de pousser les liquides vers le bas, pouvait les avoir refoulés en partie vers le haut. D'autres au contraire étaient d'avis que si la compression, négligée dans les derniers temps, eût été continuée avec insistance, on eût peut-être prévenu la formation de la poche et du sinus. Cette question, toutefois, est plutôt importante au point de vue des mesures à prendre dans d'autres cas que pour l'observation présente, car il est évident que les symptômes de l'ileus et la mort de la malade dépendent de la constriction de l'iléum par une bride exsudative située à une certaine distance de la plaie, et n'ont aucun rapport avec le réservoir purulent ni avec son sinus.

Des lésions diverses ont été constatées à l'autopsie, mais si l'on a suivi attentivement toutes les circonstances de l'observation, on saisira facilement les rapports qu'elles présentent entre-elles aux points de vue de leur origine et de leur succession.

On serait mal venu aujourd'hui de discuter encore l'opportunité d'une semblable opération. La pratique des chirurgiens les plus distingués de l'Angle-

terre et de l'étranger à prononcé en dernier ressort sur cette question. Ma conviction à cet égard, établie il y a plus de vingt-cinq ans sur la pratique de Lizars, de Clay et d'Atlee, est aujourd'hui confirmée par la généralité des chirurgiens, même par ceux qui dans le principe rejetaient cette opération comme trop hasardeuse ou même irrationnelle. Une dernière réflexion se présente naturellement : si notre malade eût été opérée dans les salles de l'Infirmerie l'imprudence ou accident qui a causé sa mort n'eût pas été possible.

Obs. CLXXIII (1). *Hydropisie de l'ovaire. — Evacuation spontanée du kyste par des ouvertures ulcéreuses dans la vessie. — Guérison.*

Commémoratif. Anne Pyper, servante, âgée de 25 ans, entrée à l'Infirmerie le 8 novembre 1848, s'est accouchée il y a quinze jours, à la maternité, d'un enfant du sexe masculin; le travail a été naturel et n'a rien présenté de particulier. Cependant, à la suite de l'accouchement, le ventre restant assez développé fit supposer un instant qu'il pourrait bien renfermer un second fœtus. A la suite d'un examen plus approfondi on reconnut qu'il n'en était rien, mais on découvrit une vaste tumeur, mobile dans de certaines limites, et offrant tous les caractères d'une tumeur enkystée de l'ovaire gauche.

Symptômes a l'entrée. — L'abdomen présente à peu près le développement d'une grossesse à six ou sept mois. La tumeur remonte jusqu'à l'épigastre, en faisant une saillie prononcée du côté gauche. Sa surface est irrégulière et présente vers le milieu deux forts nodules, chacun de la grosseur d'une noix de coco. Cette tumeur est tendue, résistante au toucher, un peu élastique, mais on on n'y sent aucune fluctuation. Elle est en outre très fixe et le siége d'une douleur constante, principalement vers la région lombaire gauche; cette douleur s'accroît par la pression, par le décubitus sur le côté droit et par la station. L'urine de couleur jaunâtre ne présente rien d'anormal. Les fonctions digestives, respiratoires circulatoires, nerveuses et tégumentaires s'accomplissent normalement. La malade s'est aperçue de cette tumeur sept mois avant son accouchement; depuis lors, elle n'a cessé de s'accroître, et dès le début même elle a été douloureuse. On fait une *application de huit sangsues sur le point le plus douloureux.*

Marche de la maladie. — Depuis quatre jours l'état de la malade est sans changement, si ce n'est que la douleur a diminué à la suite des sangsues. Le 12 *novembre*, mon attention fut attirée du côté des urines, dans lesquelles je remarquai un abondant dépôt blanchâtre, occupant les deux cinquièmes du vase; le reste du liquide offrait une coloration ombrée et une viscosité inaccoutumée. Le microscope montra dans le dépôt des globules de pus et quelques granules. La partie transparente donna un fort coagulum sous l'action de la chaleur ou de l'acide nitrique. On crut d'abord que le kyste s'était ouvert dans le vagin; mais la malade et sa garde nous apprirent qu'il ne s'écoulait rien durant les intervalles des émissions d'urine ; tout le liquide provenait donc de la vessie. Les urines gardèrent encore durant trois jours les mêmes caractères, la quantité moyenne s'élevant à un peu plus d'un litre et demi. Le 15, la tumeur était déjà un peu diminuée, moins dure, moins tendue et on y percevait distinctement de la fluctuation. *On applique autour du ventre, en exerçant une certaine constriction, plusieurs tours d'un large bande de flanelle, puis on y fixe encore du carton trempé, de façon à le modeler sur la surface abdominale et à y maintenir une compression continue et uniforme.* A partir de ce moment,

(1) Recueillie par M. James Struthers, élève du service.

le volume du ventre diminue rapidement; en même temps la quantité de liquide visqueux et purulent rendue avec les urines s'élève d'un litre et demi à près de trois litres par jour. L'appétit et la santé générale se maintiennent; on prescrit un régime substantiel et cent-vingt grammes de vin par jour. — 23 *novembre*. La quantité de pus rendue avec l'urine a beaucoup diminué, et la partie supérieure du liquide donne à peine un nuage par l'addition d'acide nitrique. — 27 *novembre*. L'abdomen a repris à peu près son volume naturel; pourtant, on y sent avec facilité une masse dense, formée évidemment par le sac ovarique affaissé et occupant les régions iliaque et hypochondriaque du côté gauche. L'urine a également repris ses caractères normaux et laisse un très mince sédiment, composé de quelques cristaux d'oxalate de chaux et de globules de pus en petit nombre. A partir de ce moment, cette femme peut être considérée comme guérie. De temps en temps elle éprouve encore un peu de gêne, rarement de la douleur dans le côté gauche, et il suffit d'une petite application de sangsues ou d'un vésicatoire pour la faire disparaître. Une piqûre de sangsue avait donné naissance à une ulcération, mais elle n'a pas tardé à se fermer. Cette femme est congédiée le 18 *décembre*; elle dit n'éprouver absolument plus rien. Au reste, il y a plus de quinze jours qu'elle va et vient dans la salle comme si elle n'avait jamais rien eu. La masse indurée dans la région iliaque gauche est beaucoup diminuée de volume; cependant, elle est encore très reconnaissable par le palper, quoiqu'elle ne fasse plus aucune proéminence à l'extérieur.

Commentaire. — D'après ce qui vient d'être rapporté, je conclus qu'il existait une tumeur enkystée de l'ovaire gauche; que les différents kystes dont elle se composait, ou au moins la plupart, se sont ouverts dans la cavité principale; que cette cavité s'est vidée et a suppuré et qu'il s'est établi une communication fistuleuse avec l'urèthre ou la vessie (plus probablement avec cette dernière). A mesure que cette évacuation se produisait le sac s'affaissait, et ainsi par les soins de la nature l'affection s'est guérie. Cette guérison sera-t-elle définitive? Cela dépend si tous les kystes secondaires se sont rompus avant l'établissement de la fistule; il est donc impossible de se prononcer sur cette question; cependant, j'ajouterai que des examens attentifs répétés, avant le départ de cette femme, ne m'ont pas fait découvrir le moindre nodule qui ressemblât à un kyste.

Je ne connais qu'un seul exemple où l'on ait eu l'occasion de disséquer une tumeur enkystée de l'ovaire peu de temps après sa rupture spontanée. Ce cas s'est présenté dans la pratique du Dr Makellar, qui a bien voulu me faire assister à cette autopsie (voir *Monthly Journal*, janv. 1847, p. 558). La cavité du kyste était à peu près complétement oblitérée, et ses parois épaissies présentaient la dureté du cartilage. Il restait une ouverture fistuleuse entre la tumeur et la paroi du ventre au-dessous de l'ombilic. C'était là que le kyste s'était ouvert et la femme était morte d'épuisement, à la suite de la suppuration. La communication de la poche avec l'air extérieur et l'existence d'une péritonite chronique n'ont-ils pas contribué puissamment à cette issue fatale? Je n'oserais l'affirmer d'une manière absolue. Quoi qu'il en soit, chez notre malade, la cessation complète de tout écoulement, aussi bien que les autres circonstances, me font augurer favorablemet de l'avenir.

L'établissement d'une communication fistuleuse entre le sac ovarique et

Digitized by Google

les voies urinaires serait-il constamment une circonstance heureuse pour la malade ? L'expérience n'a pas encore fourni de réponse à cette question. En effet, dans les nombreuses publications que j'ai compulsées, je n'ai pas rencontré un second cas semblable à celui-ci. On cite bien des exemples en assez grand nombre de rupture de kystes ovariques dans la cavité du péritoine, rupture suivie de résorption et d'excrétion très-active par la voie des reins, sous forme de liquide urinaire. D'autres fois, la rupture s'est faite à l'extérieur, à travers les parois abdominales, dans le vagin ou dans les intestins. Mais nulle part je n'ai vu signalée, comme ici, l'évacuation directe par la vessie, de ce liquide visqueux et purulent, preuve d'une communication entre cet organe et la tumeur de l'ovaire.

Obs. CLXXIV (1). — *Hydropisie de l'ovaire. — Evacuation spontanée à travers des ouvertures en communication avec la trompe de Fallope. — Singulière supercherie pour faire croire à l'évacuation de kystes de l'utérus.*

Commémoratif. — Élisabeth Allan, 43 ans, servante à l'air robuste et bien portant, fut admise à l'Infirmerie le 30 septembre 1852. Elle raconte qu'elle s'est toujours bien portée jusqu'en 1829, époque à laquelle elle eut un enfant et resta longtemps maladive à la suite de ses couches. En 1830, son ventre commença à gonfler et il fallut faire une ponction, laquelle donna issue à 600 grammes de liquide. Elle fut entre les mains des médecins durant six années, au bout desquelles (1836) elle se trouva si bien rétablie qu'elle put reprendre ses occupations habituelles. En 1841, le gonflement du ventre reparut et persista jusqu'en 1848. Au commencement de cette dernière année, l'abdomen étant très distendu, elle sentit quelque chose qui se rompait en elle, et éprouva immédiatement une douleur cuisante dans le ventre, suivie d'un écoulement copieux par la vulve d'un liquide opaque. La douleur disparut au bout de quelques jours; enfin après avoir dû garder le lit plusieurs semaines, elle se trouva de nouveau rétablie. Le même accident lui serait arrivé plus de vingt fois depuis lors, à intervalles irréguliers ; la dernière fois, c'était le 27 août 1852. Elle prétend en outre avoir expulsé environ dix-sept kystes ou polypes, et leur sortie de l'utérus s'accompagnait de douleurs comparables à celles de l'enfantement. Pendant tout ce temps, les menstrues se sont montrées régulièrement, avec une durée moyenne de huit ou dix jours. Elle ajoute que depuis une douzaine d'années elle a eu de fréquentes hématémèses. En 1852, son attention aurait aussi été appelée, par son médecin, sur un gonflement sous la clavicule gauche, où elle aurait éprouvé souvent une douleur profonde, accompagnée d'une sensation de tremblement ou de mouvement vibratoire.

Symptômes a l'entrée. — La patiente se plaint de gêne, de douleur dans le bas du ventre et d'un gonflement tympanitique habituel. A l'examen, on trouve le ventre développé comme celui d'une femme enceinte de six ou sept mois. La percussion rend partout un son tympanitique, mais le palper donne une sensation de plénitude mal définie et d'induration dans les régions iliaque et hypochondriaque gauches. La pression n'éveille aucune douleur, à la condition que l'attention de la patiente soit distraite. Le côté gauche de la poitrine semble plus plein que le côté droit, mais l'expansion inspiratoire se fait bien. Pas de matité à la percussion; murmure respiratoire normal; pas de toux ni de symptôme pulmonaire. Au-dessus de l'extrémité acromiale de la clavicule gauche, on entend, sur le trajet de l'artère sous-clavière, un fort bruit de souffle qui n'existe pas de

(1) Recueillie par M. W. M. Calder, élève du service.

l'autre côté. Les fonctions circulatoires, digestives, urinaires et cutanées, sont d'ailleurs normales.

Marche de la maladie. — Au tympanisme et à la douleur dont se plaignait la malade, on a opposé quelques purgatifs, des lavements, des carminatifs et des antispasmodiques. Le 6 octobre, je priai le Dr Simpson de pratiquer le toucher vaginal. Voici le résultat de son examen : — Col utérin mesurant près de deux centimètres et en même temps augmenté de volume et de consistance. Orifice externe du col largement ouvert et admettant avec facilité la première phalange du doigt indicateur ; ses bords étaient irréguliers. Corps de l'utérus mobile mais non augmenté de volume. L'ovaire gauche était le siége d'une forte tuméfaction et le rectum était distendu en arrière. Vers cette époque la malade annonça qu'elle allait perdre des eaux ; cependant, rien ne parut jusqu'au 5 novembre, quand, un peu avant cinq heures du soir, s'étant levée pour uriner, elle sentit un flot de liquide s'échapper ; la quantité de ce liquide répandue sur le plancher a été évaluée à 1500 grammes. On eut soin d'en recueillir un peu ; c'était de la sérosité légèrement opalescente, d'une densité spécifique de 1005, légèrement coagulable par l'acide nitrique et par la chaleur. L'introduction de la sonde utérine permit de mesurer la cavité de la matrice ; elle avait près de neuf centimètres de long et ne contenait rien d'anormal. Rien d'extraordinaire ne survint à la suite de cet écoulement de sérosité. Le 28 *décembre*, il s'en produisit un nouveau très abondant. Cependant, cette femme continuait à se plaindre de douleurs abdominales vagues et évidemment simulées. Comme on la surveillait de près, elle n'avait pas encore rejeté le moindre kyste. Enfin, le 4 *janvier*, elle déclara se trouver si bien qu'elle demanda la permission de sortir. Comme j'avais des raisons de soupçonner que cette sortie pouvait bien n'être qu'un prétexte, afin de trouver moyen de nous en imposer, j'accédai à son désir. M. William Calder, élève de la clinique, voulut bien se charger de la suivre. Elle se rendit directement au marché, et après avoir causé avec deux ou trois bouchers, on lui vit faire l'emplette d'une vessie de porc. Trois jours après, le 7 *janvier*, on me présenta à la visite un lambeau macéré de la dite vessie, qu'elle assura avoir rendu par le vagin, cette nuit même, et qui devait être un fragment de kyste déchiré. Les trois nuits précédentes, ajouta-t-elle, elle avait souffert des douleurs expulsives atroces. Je me mis en devoir d'examiner le fameux kyste et je déclarai gravement que c'était un morceau de vessie de porc. On juge de son étonnement et de son embarras à cette découverte. Elle dut convenir de l'imposture, mais rien ne put la décider à donner de nouveaux détails sur ses pertes antérieures.

Commentaire. — Au mois de juin 1852, je reçus d'un praticien éminemment respectable du nord de l'Écosse, un flacon renfermant plusieurs kystes, avec une lettre m'informant qu'ils avaient été expulsés par le vagin, par cette femme qui était en proie à une affection ovario-utérine. Il m'écrivait : « la malade s'est accouchée à terme, il y a environ dix-huit ans. A la suite du travail s'est déclarée une péritonite, et l'affection actuelle paraîtrait remonter à cette époque. Avant d'avoir été consulté par cette personne, elle avait séjourné longtemps à l'hôpital pour une hydropisie de l'ovaire qu'on a ponctionnée à plusieurs reprises. Dans ces dernières années, elle a, de loin en loin, rendu par le vagin quelques-unes de ces productions membraneuses dont je vous envoie des spécimens. Vous remarquerez que quelques-unes correspondent bien à la cavité utérine ; d'autres ont été fragmentées par l'expulsion. Lorsqu'elle vint me consulter pour la première fois, la paracentèse avait été différée au-delà de son

terme habituel. L'accumulation du liquide était considérable et le mauvais état de sa santé éloignait l'idée d'une intervention chirurgicale. Enfin, pendant que j'hésitais à l'opérer, la nature vint gracieusement en aide à la malade et à son médecin; elle fit si bien les choses que je laissai la bonne dame agir complétement à son gré depuis lors. Voici ce qui était arrivé : un kyste membraneux avait été rejeté, immédiatement suivi de l'issue, par le vagin, d'une quantité de liquide hydropique s'élevant à plusieurs pintes. Que ce liquide provînt également de l'utérus, c'est ce dont j'ai eu occasion de m'assurer par le toucher, au moment de l'écoulement. Depuis lors, ce travail d'expulsion, en premier lieu de la membrane (distendue par la sérosité) et immédiatement après de la sérosité elle-même, ce travail, dis-je, s'est répété par intervalles de quelques mois, la malade ne cessant de jouir entretemps d'une santé étonnante. »

Inutile de vous faire la description détaillée de ces kystes; il suffira de vous dire qu'après les avoir examinés avec soin, je les reconnus pour des vessies de l'un ou l'autre animal, — et, d'après leur dimension (de cinq à sept ou huit centimètres dans leur plus grande longueur), je conclus que c'étaient des vessies d'agneaux ou de jeunes porcs. Elles avaient été évidemment macérées, car la couche externe et une partie de la couche musculaire avaient été enlevées; enfin, la surface muqueuse interne était retournée au dehors. Sur quelques unes de ces vessies on pouvait encore distinguer les orifices des deux uretères, certaines même avaient encore des lambeaux adhérents d'un ou même de deux de ces tubes. Je communiquai donc au confrère mon opinion sur la nature des fameux kystes, affirmant que cette femme lui en avait imposé. Il m'envoya la réponse suivante :

» J'ai extrait moi-même deux ou trois de ces membranes, et l'état de l'ouverture du col que j'ai bien examiné, était tel à la suite de l'expulsion, qu'il ne peut laisser de doute dans mon esprit au sujet de leur sortie de la cavité utérine. Chaque fois, la femme a souffert cruellement; en même temps elle éprouvait des contractions utérines jusqu'à l'expulsion du produit morbide, suivie le plus souvent d'une hémorrhagie profuse allant même jusqu'à la syncope. J'ai déjà mentionné, dans ma précédente note, que j'ai eu l'occasion plusieurs fois de constater le passage du liquide séreux à travers l'orifice du museau de tanche (ce qui arrivait généralement, comme je l'ai déjà dit, peu de temps après l'expulsion du sac). Ajoutez à cela qu'il ne me semble guère possible que cette femme ait pu se procurer le moyen de commettre l'imposture dont vous la soupçonnez. J'ai conservé les membranes en question pendant plusieurs années, dans de l'esprit de vin. Cette circonstance n'aurait-elle point contribué à rendre leur examen moins satisfaisant ? »

Dans cette lettre, mon correspondant annonçait son intention d'envoyer la femme à Edinbourg, si je voulais la faire entrer à la clinique de l'Infirmerie. J'acceptai volontiers l'offre qui m'était faite et la patiente ne tarda pas à m'arriver, après avoir, dans l'intervalle, évacué un nouveau « kyste. »

En analysant les faits de cette observation, il me paraît probable que des kystes formés dans l'ovaire gauche se sont crevés à différentes reprises dans un point ou l'autre de la trompe de Fallope correspondante, et de la sorte se sont vidés graduellement. Quant à la malade, sans doute dans le but d'exciter plus d'intérêt, elle avait imaginé de se fourrer dans le vagin des vessies macérées d'agneaux ou de porcs, et avait prétendu qu'elles s'étaient formées dans la matrice.

Obs. CLXXV (1). — *Hydropisie de l'ovaire. — Perforation de dehors en dedans du côlon descendant. — Mort par suite d'infection putride et de diarrhée incoercible.*

Commémoratif. — Janet M'Leod, célibataire, âgée de 38 ans, chemisière, fut admise le 17 mai 1863. Elle a observé, depuis quatre ans, un développement inattendu de la taille, accompagné de gonflement et de douleur dans la région iliaque droite. L'abdomen a grossi peu à peu, sans lui occasionner de gêne, jusqu'en septembre 1862. A cette époque, elle cessa d'être réglée, eut de temps en temps de la leucorrhée, une certaine gêne de la respiration et de la difficulté à uriner. Le 7 avril au matin, elle s'éveilla avec une vive douleur dans tout le ventre. On lui administra des purgatifs qui ne la soulagèrent point; le 12 elle ne rendit pas d'urine et vomit tout ce qu'elle avait pris. Ces symptômes se sont un peu amendés, mais ont toujours persisté plus ou moins depuis lors.

Symptômes a l'entrée. — L'abdomen très développé et tendu, mesure 0m98 de circonférence. Sa forme est symétrique; la percussion donne un son mat, et le palper communique une sensation distincte de fluctuation. La pression provoque une vive douleur, surtout à l'épigastre et dans l'hypochondre droit. La peau est chaude et parfois le siége d'une transpiration profuse. La malade a un aspect hagard; cependant elle n'est pas émaciée. Respiration thoracique. Pouls à 120, petit et faible. Langue chargée; anorexie; soif vive; constipation. L'urine est rendue avec beaucoup de difficulté; on doit même avoir recours au cathétérisme; elle n'est pas albumineuse, mais elle renferme beaucoup d'urates; sa densité spécifique s'élève à 1035. Aménorrhée; pas de leucorrhée; autres fonctions normales. *Pr. Huile de ricin, 15 grammes, à prendre tout de suite. Pr. Ether nitrique alcoolisé, 8 gram. Chlorodyne, 2 gram. Mixture camphrée, 30 gram. M. A prendre à l'heure du coucher. Appliquer un cataplasme chaud sur le ventre.* — 20 *mai.* La malade continue à se plaindre de douleur dans le côté droit de l'abdomen, et la pression l'exaspère encore. Etat fébrile, insomnie; constipation. Les calmants, des laxatifs légers, des lavements amylacés, la chaleur humide appliquée localement, n'ont produit aucun soulagement. Aujourd'hui, il existe un peu de diarrhée, la douleur s'est apaisée et la malade se sent mieux. — 30 *mai.* Il y a déjà eu quatre selles aujourd'hui. *Donner un lavement avec 2 gram. d'acétate de plomb et 0,70 centigram. de teinture d'opium.* A partir de ce moment, la diarrhée n'a plus cessé et il en est resulté une grande faiblesse. On a eu recours en vain aux astringents par la bouche et par le rectum, ainsi qu'à une alimentation substantielle appropriée et au vin, dans le but de soutenir les forces. La fièvre a été croissant; la langue est devenue brune et sèche, le teint terreux; le pouls, de plus en plus faible, s'est élevé à 130; la douleur locale avait diminué; enfin la malade s'est éteinte le 14 juin.

(1) Recueillie par M. Alfred Lewis, élève du service.

Autopsie — Trente heures après la mort.

Corps très amaigri. Abdomen proéminent, surtout vers le haut où il rend un son tympanique à la percussion; il mesure 0m97 de circonférence.

Abdomen. — En incisant la paroi abdominale, on ouvre une cavité de la dimension d'une tête d'adulte, d'où s'échappent des gaz fétides et une matière purulente ichoreuse. Les parois de cette excavation font partie d'un vaste kyste de l'ovaire, qui s'est uni au péritoine pariétal en avant, et aux intestins sur les côtés, à sa partie supérieure et en bas. En arrière, se trouve l'ovaire droit considérablement augmenté de volume et transformé en kystes dont les dimensions varient entre un grain de millet et une noix de coco. Dans le côlon descendant, on trouve une ouverture gangréneuse, à bords déchiquetés, du diamètre d'un franc, établissant une communication libre avec la cavité ovarique. Cette ouverture est plus large du côté de la surface péritonéale que du côté de la muqueuse. Le contenu des divers kystes varie assez notablement; les uns sont remplis d'un liquide semblable à du marc de café, d'autres de pus; le plus grand nombre renferme de la matière colloïde. Les autres organes ne présentent rien d'anormal.

Commentaire. — Nous avons ici un exemple d'une grosse tumeur de l'ovaire, ayant déterminé une péritonite et des adhérences avec les viscères voisins; enfin, par suite de la pression qu'elle exerçait sur le côlon descendant, elle finit par perforer ce viscère. Les symptômes, caractérisés avant la perforation par une vive douleur locale et par de la constipation, changèrent complètement après; la douleur diminua et la diarrhée devint le symptôme dominant. L'air contenu dans l'intestin pénétrant librement dans le sac ovarique ne tarda point à provoquer une suppuration ichoreuse, l'ichorhémie et la mort par épuisement. Ces symptômes sont bien différents de ceux qui se produisent dans les cas de perforation de dedans en dehors.

PATHOLOGIE DE L'HYDROPISIE DE L'OVAIRE.

Le sujet des tumeurs enkystées de l'ovaire a été considérablement élucidé par les travaux de Hodgkin, de Seymour, de Bright, de Cruveilhier, de Müller et d'un grand nombre d'autres observateurs venus à leur suite. Les kystes de l'ovaire sont : 1° simples ou formés d'une seule poche; 2° composés, c'est-à-dire constitués par une capsule contenant un certain nombre de kystes secondaires; 3° composés de plusieurs poches, mais associés à du tissu sarcomateux, réputé généralement de nature cancéreuse. Les kystes de la première catégorie acquièrent rarement un volume supérieur à une orange et ne se reconnaissent d'ordinaire que dans les autopsies. Les kystes appartenant aux deux dernières catégories prennent souvent un développement énorme, et arrivent à renfermer de quinze à vingt ou trente litres de liquide et même davantage, constituant cette affection à laquelle on a donné de nom d'hydropisie de l'ovaire. Tôt ou tard, l'accumulation du liquide finit par entraver la respiration et par nécessiter la paracentèse. Cette opération, après avoir été renouvelée à des intervalles de plus en plus rapprochés, amène presque toujours l'épuisement et la mort de la malade. Le fait est qu'à l'autopsie, la cause constatée

de la mort est une péritonite, une inflammation suppurative du sac ou l'épuisement.

La source du liquide dans l'hydropisie de l'ovaire a été signalée par moi, dès 1846 (1). Dans certains cas, de la sérosité existe dans la cavité de l'abdomen et on sent la tumeur se mouvoir ou flotter au sein de ce liquide. Le plus souvent ce dernier reste confiné dans la tumeur elle-même. Certains pathologistes le considèrent donc comme étant de nature ascitique, et causé par la pression exercée sur les grosses veines abdominales; d'autres pensent plutôt que la tumeur en irritant le péritoine y occasione un excès de secrétion. Dans le cas de Fleming (obs. CLXXII), plusieurs médecins opposés à l'ovariotomie prétendaient que l'extirpation de la tumeur n'enlèverait pas l'ascite, attendu que cette dernière tenait probablement à des causes indépendantes de ce kyste. Or, dans ce cas comme dans d'autres où seize à vingt litres de liquide ont été retirés de la cavité de l'abdomen, il est évident que cette quantité ne pouvait être renfermée dans un kyste de la grosseur d'une tête d'adulte. Cette sérosité n'était pourtant pas un produit de péritonite, puisqu'elle était claire et d'une couleur d'ambre tirant sur le brun. En outre le foie et les autres viscères abdominaux étaient sains, et, par conséquent, n'avaient point causé d'obstacle à la circulation veineuse. Il n'est pas vraisemblable non plus qu'une tumeur de ce genre flottant librement, comme c'est l'ordinaire, au sein du liquide, ait, par suite d'une pression exercée sur les veines, provoqué l'exsudation d'un pareil amas de sérosité. Force nous est donc de conclure que dans ces cas le liquide a été sécrété à l'intérieur de la tumeur, d'où il a passé à travers une ou plusieurs ouvertures dans la cavité du péritoine.

Mode de développement et structure des tumeurs enkystées de l'ovaire. — Dans tous les spécimens que j'ai examinés, soit que leur volume ne dépassât point la grosseur d'une noix, soit que la tumeur remplît entièrement la cavité de l'abdomen, la forme originelle ainsi que la structure de l'ovaire avaient disparu. Certains pathologistes y voient un produit textural de nouvelle formation. D'autres pensent que les kystes sont formés par une accumulation de liquide dans les espaces du tissu aréolaire de l'organe. J'ai toujours professé qu'ils tiraient leur origine des vésicules de Graaf, et que leur capsule externe est constituée par l'épaississement avec extension de la membrane fibreuse dont l'organe est revêtu à son état normal. Les récents travaux du Dr Wilson Fox confirment cette manière de voir, et de plus, indiquent très ingénieusement comment les productions papillaires si communément observées sur la paroi interne de ces kystes, contribuent à la formation de kystes secondaires. D'après lui, les papilles recouvertes d'épithélium étant refoulées vers l'extérieur, laissent entre elles des espaces qui s'agrandissant encore et venant à s'obstruer plus tard finissent par donner naissance à de nouveaux kystes. Ceux-ci à leur tour, en se cloisonnant ou se dédoublant donnent

(1) Pathological and Clinical Observations on Encysted Tumours of the Ovary. Edinburgh Med. and Surg. Journal. Vol. LXV.

lieu à de nouvelles poches dans leur intérieur, d'où une complication de

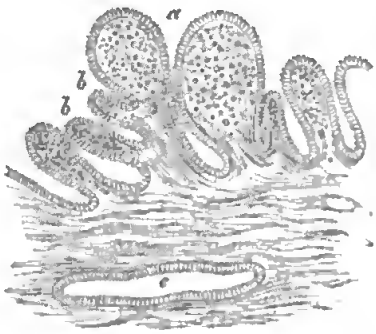


Fig. 502.

Fig. 503.

kystes plus ou moins grande. Les fig. 502 et 503 aideront à comprendre cette explication.

A un certain moment, l'ovaire augmenté de volume se trouve consister en un sac ou enveloppe fibreuse contenant de nombreux kystes attachés à sa paroi interne. A mesure que la tumeur se développe, ces poches s'agrandissent, deviennent plus nombreuses et se serrent les unes contre les autres. Chacune de ces poches secondaires contient un liquide clair, gélatineux, et se trouve constituée par une capsule fibreuse solide, tapissée par une membrane unie. En pratiquant une coupe mince comprenant toute la paroi d'un de ces kystes, on voit que la plus grande partie de son

Fig. 504.

Fig. 505.

Fig. 506.

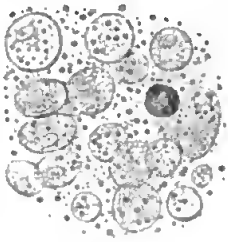


Fig. 507.

épaisseur se compose de tissu fibreux revêtu à l'intérieur d'une couche de cellules épithéliales. Ce tissu est très riche en vaisseaux sanguins.

Fig. 502. Coupe verticale à travers la paroi d'un kyste de l'ovaire. On voit des productions papillaires (*b*) avec des espaces entre elles (*a*). Ces espaces venant à se fermer donnent naissance à de nouvelles poches tapissées d'une couche d'épithélium. On voit en (*c*) un kyste produit de cette manière.

Fig. 503. Formations subséquentes se développant dans les parois de kystes simples produits comme dans la figure précédente, et donnant naissance à des kystes composés (*a*, *b*.) — *Wilson Fox.* 100 *diam.*

Fig. 504. Coupe de la paroi d'un kyste de l'ovaire, avec ses cellules épithéliales *in situ*.

Fig. 505. Cellules épithéliales polygonales, tapissant un de ces kystes.

Fig. 506. Cellules ovales d'épithélium de même provenance.

Fig. 507. Cellules trouvées dans le liquide extrait d'une hydropisie de l'ovaire. 250 *d.*

A mesure que la tumeur grossit, elle s'élève dans le petit bassin, où elle se trouvait originairement confinée, et remplit de plus en plus la cavité abdominale. La trompe de Fallope et le ligament large s'allongent. L'extrémité frangée de la première s'obstrue parfois; dans d'autres cas, elle persiste attachée aux parois de la masse morbide. Certaines de ces tumeurs contractent des adhérences plus ou moins étendues avec la péritoine, avec l'épiploon, avec le côlon ou avec les viscères voisins. D'autres flottent librement au sein du liquide épanché dans la cavité abdominale.

Cependant, les kystes internes se distendent et se pressent de plus en plus les uns contre les autres, les vaisseaux sanguins sont comprimés et le développement du tissu s'arrête. Il en résulte un travail d'absorption qui fait que plusieurs des poches se confondent et finissent par constituer un vaste kyste multiloculaire (Hodgkin.)

Quelquefois, la pression exercée sur la membrane d'enveloppe provoque un amincissement progressif, allant même jusqu'à produire des perforations à travers lesquelles le liquide enkysté s'échappe dans l'abdomen. Une fois soustraits à cet excès de pression, les bords des ouvertures se vascularisent, s'épaississent de nouveau considérablement et acquièrent quelque ressemblance avec l'ulcère rond perforant de l'estomac, si bien décrit par Cruveilhier. Dans ces conditions, la membrane interne du kyste continue à sécréter, et son contenu à se déverser dans le péritoine, nécessitant bientôt la paracentèse. D'autres fois, la paroi externe du sac contracte des adhérences avec la paroi abdominale, et les kystes secondaires s'ouvrent simplement les uns dans les autres, si bien qu'à une certaine période il n'y reste que trois, deux, ou même une seule cavité traversée par des bandes ou cloisons imparfaites, traces des cloisons primitives; parfois même on trouve encore quelques petits kystes attachés à la membrane-mère, ce qui indique clairement leur mode de production. Dans les deux cas, la suppuration s'établit tôt ou tard dans un ou plusieurs de ces kystes, sinon dans la poche elle-même. Cette suppuration semble, dans certains cas, tenir à la formation de globules de pus au sein d'une matière gélatineuse, dans d'autres, à l'épanchement d'un exsudat inflammatoire dans la poche, exsudat qui se convertit plus tard en pus. La malade ne survit d'ordinaire pas longtemps à cette complication. Si une perforation s'est produite dans la paroi externe de la tumeur, il en résulte le plus souvent une péritonite, ou bien la malade s'éteint dans le marasme, que le pus soit évacué ou non. Parfois, une quantité plus ou moins considérable de sang est extravasé dans les kystes enflammés, d'où, suivant les phases de la suppuration, cette matière sanguinolente, couleur de marc de café, verdâtre ou purulente, qu'on rencontre ordinairement.

Le contenu gélatineux des kystes varie notablement selon les cas : dans les uns, il est diffluent, dans d'autres glaireux comme du blanc d'œuf, souvent de consistance semi-solide comme de la gelée de pieds de veau

ou de la colle épaisse. Lorsque le contenu est liquide, il présente souvent des flocons formés de squames épithéliales plus ou moins unies ensemble par de la matière granulaire. Sa matière gélatiniforme contient souvent de pâles corpuscules ovalaires ou seulement un petit nombre de corpuscules primitifs (voir fig. 239, 240). Parfois ces globules de pus ou ces petits granules communiquent à cette sorte de gelée un aspect opalescent ou opaque comme de la crème (fig. 359); d'autres fois enfin, le contenu est en grande partie filamenteux, mêlé à des cellules granuleuses et à d'autres produits inflammatoires.

Cette matière comparable à de la gelée présente des caractères variés de structure et de composition chimique. L'acide acétique détermine souvent la précipitation d'une sorte de blanche membrane offrant tous les caractères du tissu fibreux. Des granules, des cellules et des filaments plus ou moins développés s'y observent aussi, comme dans les exsudats récents des membranes séreuses ou dans les autres formes simples de blastème hyalin.

Il n'est pas rare de rencontrer des productions pileuses ou autres, comme des dents et des dépôts calcaires ou des éléments cancéreux, au sein du parenchyme ovarique (t. I, p. 261). Dans ce dernier cas, comme je l'ai signalé et figuré dans le mémoire cité plus haut, les éléments prétendûment cancéreux consistent en un véritable épithélioma d'un genre remarquable, constitué par des cellules épithéliales cylindriques, très nombreuses, formant des amas plus ou moins considérables (1). J'ai eu plusieurs fois l'occasion d'étudier des ovaires affectés de la sorte. L'une

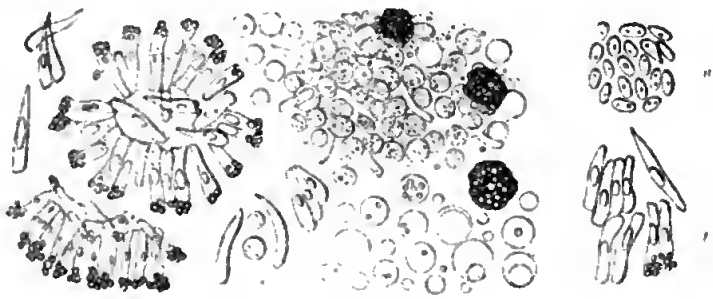


Fig. 508 Fig. 509. Fig. 510.

de ces pièces anatomiques, entre autres, qui m'avait été adressée par feu M. Russell, de Birmingham, présentait à l'œil nu tous les caractères

(1) Pathological and Clinical Observations on Encysted Tumours of the Ovary. Obs. II. Fig. 1.

Fig. 508. Groupes de cellules d'épithélium cylindrique ou prismatique, nageant dans le suc exprimé d'une tumeur kystique encephaloïde de l'ovaire; ces cellules présentent des granules graisseux accumulés dans leur grosse extrémité.

Fig. 509. Corps celloïdes diaphanes, noyaux libres, et cellules granuleuses.

Fig. 510 *a*, Noyaux après addition d'acide acétique; *b*, épithélium cylindrique soumis à l'action du même acide. 230 *diam.*

d'un encéphalome kystique, et laissait suinter un suc laiteux. A l'examen microscopique, il se trouva contenir : 1° un grand nombre de cellules d'épithélium cylindrique, offrant une accumulation de granules graisseux dans leur grosse extrémité ; 2° une multitude de corps celloïdes diaphanes ; et 3° de nombreux noyaux libres comme dans les fig. 508, 509, 510. Voir aussi fig. 244.

Le *diagnostic des tumeurs de l'ovaire* était autrefois très incertain, c'est au point même qu'il est arrivé d'ouvrir l'abdomen pour faire l'extirpation d'une tumeur qui n'existait pas, ou, plus souvent, d'une tumeur impossible à enlever, à cause de ses adhérences ou d'autres complications. Dans tous les cas de tumeur abdominale, deux questions s'imposent au praticien, questions auxquelles il importe de trouver une réponse positive : 1°, quel est le *siège*? et 2°, quelle est la *nature* de la tumeur? Pour ce qui concerne le premier point, je dois vous renvoyer aux ouvrages d'obstétrique, dans lesquels sont signalées toutes les particularités locales et générales, propres à faire distinguer ces tumeurs de la grossesse, état avec lequel elles ont été souvent confondues. On y trouvera encore les méthodes d'exploration de la cavité de l'utérus au moyen de la sonde utérine, instrument des plus précieux qui permet au praticien d'élever, de déprimer, ou de porter en avant le fond de l'organe, de façon à pouvoir le sentir à travers les téguments, dans ses diverses situations au-dessus du pubis.

Dans les cas d'hydropisie de l'ovaire, les renseignements fournis par ce mode d'exploration sont négatifs, mais ils n'en sont pas moins précieux, en tant qu'ils permettent de résoudre la question importante de savoir si la tumeur est utérine ou ovarique. Dans le cas de Jessie Fleming, ce point fut débattu soigneusement; mais dès que le fond de l'utérus fut devenu accessible au-dessus du pubis et qu'on en eut reconnu nettement la forme arrondie, il ne restait plus le moindre doute ; la tumeur ne provenait point de cet organe. De plus, en portant ce dernier à droite puis à gauche, les ovaires eux-mêmes devenaient accessibles et il fut possible de décider, au moyen des secousses communiquées à la main, si la tumeur avait son siége à droite ou à gauche. Par ce même procédé, on parviendra dans certains cas à déterminer avec assez de probabilité, si la tumeur à des adhérences anormales ou non. Cet instrument nous fournit donc un moyen physique de résoudre la première et importante question du *siége* de la tumeur.

L'examen microscopique du liquide évacué par la paracentèse peut aussi donner des indications précieuses sur la *nature* de la tumeur. Si, par exemple, le liquide est clair et contient des cellules polygonales ou arrondies et gonflées, (voir Fig. 505 à 507) on peut y voir une preuve à peu près certaine d'une production cystique de l'ovaire. Si des cellules d'épithélium cylindrique s'y rencontrent en quantité, il y a tout lieu de redouter une tumeur épithéliomateuse de l'ovaire (voir Fig. 244, 508 et 509). Si, au contraire, on y rencontre du pus ou des globules sanguins, des traces de tissu aréolaire, des sels calcaires et d'autres dépôts, on peut

juger d'après ces éléments des phases et de l'importance de la suppuration, de l'hémorrhagie, de la régression des produits morbides, ou de la dégénérescence minérale.

Traitement de l'hydropisie de l'ovaire.

L'étude anatomique des tumeurs enkystées de l'ovaire fait présumer assez que toutes les médications internes sont impuissantes contre elles. C'est une idée simplement imaginaire, de penser que les mercuriaux, les iodés ou d'autres médicaments absorbants seraient capables d'amener la résorption d'une enveloppe fibreuse, contenant de nombreux kystes, et si richement fournie de vaisseaux. On ne saurait alléguer un seul fait positif en sa faveur. Il n'est pas à espérer non plus, d'après ce que nous savons concernant le mode de développement de ces tumeurs, qu'elles puissent guérir aussi longtemps qu'un seul des kystes secondaires demeure intacte. Cependant, nous l'avons vu, il est dans la nature de ces kystes, arrivés à un certain développement, de s'ouvrir les uns dans les autres de façon à ne plus former finalement qu'une seule vaste poche. Dans ces conditions, si une déchirure vient à se produire et à être suivie d'une inflammation suffisante pour amener la destruction des surfaces sécrétantes ou même l'accolement de faces opposées, on conçoit la possibilité d'une guérison radicale. Ainsi doit s'expliquer, sans doute, la disparition rapide de kystes crevés spontanément, et dont les annales de la science ont consigné l'histoire. Lebert (1) a relaté un cas de ce genre dans lequel la tumeur s'ouvrit dans le péritoine et disparut par la suite. Dans certains cas, la tumeur s'unit à d'autres viscères creux situés dans son voisinage, et se vide à la faveur d'une ulcération à travers la paroi devenue commune aux deux cavités. De la sorte, le contenu de la poche se déverse dans ces viscères pour être ensuite évacué au dehors. (Voir obs. CLXXIII, CLXXIV et CLXXV); cette ouverture s'est quelquefois faite à l'extérieur. Lorsqu'une guérison complète s'est effectuée de cette façon, on remarquera, généralement, que la marche de l'affection était chronique; par conséquent, le temps a permis à tous les kystes secondaires de s'ouvrir successivement l'un dans l'autre. L'inflammation consécutive à cette rupture a probablement pour effet, alors, d'oblitérer la poche ou bien de provoquer l'accolement des parois opposées, comme il se fait en chirurgie dans les cas d'hydrocèle. Lorsque, néanmoins, la rupture du kyste s'opère, quelques unes des poches secondaires restant intactes, cette terminaison favorable est impossible et même, le plus souvent, la péritonite et les autres accidents consécutifs finissent par entrainer la mort.

L'observation de cures spontanées de ce genre, a fait naître l'idée de pratiquer des ouvertures artificielles permanentes, en vue d'imiter le travail de la nature. M. Bainbridge, de Liverpool, a proposé de faire une incision dans le sac et d'unir les lèvres de cette incision avec celles de la

(1) Physiologie pathologique, tome II, p. 71.

plaie externe. Le Dr Tilt, de Londres, projeta de faire, au moyen de pâte de Vienne, une petite ouverture ou fistule, à entretenir. De tels procédés seraient peut-être utiles à certaines périodes du développement de ces tumeurs ovariques, c'est-à-dire quand tous les kystes se sont réunis pour n'en plus former qu'un seul. Mais ces cas sont excessivement rares, et d'ailleurs, pour être applicable, cette méthode devrait être complétée des moyens de distinguer avec certitude les kystes uniloculaires d'avec les multiloculaires. L'exploration physique et la dissection d'un grand nombre de ces cas font dire que dans l'état actuel de la science cette distinction n'est pas possible, du moins avec un degré suffisant de certitude ; par conséquent, des propositions du genre de celles énoncées ci-dessus, quelque ingénieuses et rationnelles qu'elles soient, ne réalisent pour le moment aucun progrès pour la pratique. On peut en dire autant des injections de teinture d'iode ou d'autres liquides, lesquelles ne sauraient agir que sur les poches individuelles et nullement sur la tumeur dans son ensemble.

On est étonné de voir comment certains sujets finissent par s'habituer à une distension abdominale énorme. J'ai connu plusieurs exemples de femmes qui ont vécu jusqu'à dix et quinze ans avec une tumeur enkystée de l'ovaire d'un volume excessif. Par contre, bien des faits le démontrent, une fois qu'on a eu recours à la paracentèse comme moyen palliatif, on est exposé à tous les accidents de la suppuration des kystes et à un état de marasme consécutif. C'est donc une règle pratique importante de ne pas se hâter trop de recourir à la paracentèse, mais plutôt de différer aussi longtemps que possible cette opération, et de tâcher de favoriser la tendance des différentes poches à se réduire en un vaste sac sous l'influence de la pression. Cette simplification accomplie, il n'y a plus de raison pour ne pas espérer la guérison, grâce à l'inflammation artificielle consécutive, aussi bien qu'après une rupture spontanée. Il y a tout lieu de croire qu'un certain degré de compression mécanique est favorable à l'absorption des parois des kystes secondaires et à leur ouverture les uns dans les autres ; malheureusement, on n'est jamais sûr de n'avoir affaire qu'à un sac unique. Il n'est pas douteux du moins que ce moyen ait abouti à l'oblitération et à la guérison spontanée dans quelques cas. M. Isaac Brown en a rapporté plusieurs dans le journal *the Lancet* ; il serait parvenu à produire l'inflammation et la destruction des kystes en serrant, avec force et assez longtemps, un livre sur la tumeur dont il évacuait finalement le contenu. Cette pratique n'est pourtant pas à l'abri de tout reproche.

L'observation CLXXIII me semble fournir un exemple de ces effets de la compression. Il est à remarquer que les sept mois écoulés entre l'apparition de la tumeur et sa rupture spontanée dans la vessie puis son affaissement, forment une période bien courte. Les cas les plus favorables exigent en moyenne deux ans pour arriver à ce résultat ; mais chez la femme Pyper, la tumeur était soumise à une pression graduellement croissante par le développement de l'utérus à l'état de gestation, et c'est à cette influence, selon moi, qu'il faut attribuer la destruction rapide des kystes

secondaires et la terminaison heureuse dont nous avons été témoins. L'ulcération dans la vessie a été déterminée probablement par la direction dans laquelle la pression s'exerçait; mais il ne faut pas à songer d'imiter artificiellement la nature dans ce cas.

Les ressources de l'art se bornent actuellement à deux méthodes contre l'hydropisie de l'ovaire, savoir : 1° l'excision, et 2° la compression suivie de la ponction. Les observations CLXXIII et CLXXIV viennent à l'appui des conclusions auxquelles conduit l'anatomo-pathologie, relativement au *modus operandi* de cette dernière méthode. Si dans les cas où l'extirpation n'est pas possible on pouvait toujours établir une compression graduelle et uniforme, suffisante pour oblitérer les kystes internes ou secondaires, il suffirait d'une évacuation artificielle pour guérir cette affection. La difficulté, c'est de fixer le moment opportun pour la ponction, ou, en d'autres termes, de s'assurer quand un kyste multiloculaire s'est converti en une poche uniloculaire. Dans l'état actuel de nos connaissances, je l'ai déjà dit, ce résultat est impossible. Toutefois, c'est souvent un excellent préliminaire à la solution d'une difficulté que de la signaler et de la considérer en face; je me suis donc étendu quelque peu sur cette question, et je ne désespère pas qu'un jour arrive où la science fasse cette nouvelle conquête.

Pour ce qui est de l'extirpation ou excision, l'expérience de ces dernières années a pleinement justifié l'opportunité de l'opération faite chez Jessie Fleming. Aussi, les chirurgiens se prononcent maintenant à l'unanimité pour l'opération, toutes les fois qu'une semblable tumeur fortement développée occasionne beaucoup de souffrances, que la jeunesse, la santé générale de la femme et l'absence d'autres affections permettent d'espérer une terminaison favorable. La moyenne des succès relatés dans les statistiques des nombreuses opérations pratiquées par Clay, Attlee, Baker Brown, Spencer Wells, Thomas Keith, etc., donne deux succès sur trois, et il y a toute raison de compter qu'en choisissant encore mieux les cas à la suite d'un diagnostic plus précis, le nombre des insuccès diminuerait considérablement.

NÉPHRITE ET PYÉLITE.

Obs. CLXXVI (1). *Néphro-pyélite aiguë. — Guérison.*

Commémoratif. — Helen Kessick, 65 ans, garde-malade, fut admise à l'infirmerie le 25 novembre 1862. Elle rapporte que depuis vingt ans elle est sujette à des maux de reins. Cependant, elle n'avait jamais éprouvé de gêne ni de difficulté pour uriner, excepté il y a cinq ans. Elle remarqua à cette époque que ses urines contenaient du sang; en même temps elle éprouvait dans la région lombaire droite des douleurs annoncées par des frissons et suivies de symptômes fébriles. Elle fit alors un premier séjour de sept semaines à l'Infirmerie et partit guérie. Le mal ne s'était plus fait sentir, lorsqu'il y a environ un an, elle eut de nouveau des frissons avec

(1) Recueillie par M. F.-B. de Chaumont, élève du service.

retour des douleurs lombaires. L'été passé, l'urine fut colorée par du sang durant deux jours, mais bientôt tous les symptômes disparurent. Sa santé était de nouveau satisfaisante, lorsqu'il y a environ quatre semaines elle ressentit encore des douleurs en urinant et un malaise croissant dans la région lombaire.

Symptômes a l'entrée. — La langue est chargée, l'appétit mauvais, la soif vive; pas de nausées; douleur à la région épigastrique, mais l'on n'y sent aucune tumeur ni aucune induration; il n'y a pas eu de selles depuis deux jours. La malade se plaint d'une vive souffrance dans la région lombaire, dans les deux hypocondres, et à l'hypogastre, après avoir uriné. L'urine rendue est diminuée de quantité; sa pesanteur spécifique est descendue à 1016; elle se coagule par la chaleur et par l'acide nitrique et donne par le repos un sédiment formé par une sorte de mucus glutineux, dans lequel on reconnaît, au microscope, des globules de pus en quantité et quelques cristaux de phosphate tribasique. Le pouls est à 76, mou; jamais de palpitation; parfois de la céphalalgie et fréquemment des vertiges et des mouches volantes. Sommeil mauvais la nuit; froid de pieds habituel; autres fonctions normales. Prescr. : *Liqueur de potasse; Esprit d'éther nitrique, de chaque 8 grammes. Solution de chlorhydrate de morphine, 11 grammes. Mixture camphrée, 150 grammes. M. En prendre 15 grammes toutes les quatre heures. Prendre tout de suite 30 grammes d'huile de ricin. Eau d'orge pour boisson.*

Marche de la maladie. — *4 décembre.* La malade se plaint d'une grande faiblesse, mais son état n'a pas beaucoup changé. Urines toujours albumineuses, donnant un fort dépôt contenant du pus et des cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien. *90 grammes de vin, pour la journée.* — *11 décembre.* Il était survenu une certaine amélioration, mais, la nuit dernière, les frissons et les douleurs lombaires et hypogastrique, ont reparu accompagnées de fortes nausées, de vomissements et de céphalalgie violente. Langue humide mais fortement chargée; urines nullement modifiées. *Supprimer la mixture et le vin.* Prescr. : *Solution d'antimoine, 11 grammes. Esprit d'éther nitrique, 4 grammes. Solution d'acétate d'ammoniaque et eau, de chaque 75 grammes. M. En prendre 15 grammes, trois fois par jour. Fomentations chaudes à la région des reins.* — *13 décembre.* La journée d'hier a été un peu meilleure; cependant, la douleur persiste dans la région lombaire droite. Aujourd'hui, il y a un peu plus de malaise et la douleur lombaire a plutôt augmenté. L'urine est rendue avec difficulté; elle est fortement colorée, albumineuse; sa densité spécifique est de 1018; sédiment copieux dans lequel on reconnaît, au microscope, un grand nombre de globules de sang et beaucoup de débris cellulaires, mêlés à des globules de pus et à des cristaux de phosphate tribasique aussi nombreux que ci-devant. — *15 décembre.* La malade n'a pas eu une bonne journée hier et s'est plaint beaucoup de douleurs à l'hypogastre. *Cesser la mixture.* Prescr : *Teinture de jusquiame, 15 grammes. Solution de chlorhydrate de morphine, 6 grammes. Mucilage de gomme 60 grammes. Eau 90 grammes. M. En prendre 30 grammes trois fois par jour.* Aujourd'hui, la malade se plaint encore de douleur dans les régions hypogastrique et lombaires. L'urine a diminué de quantité et donne par le repos un sédiment très visqueux lequel, indépendamment des globules de sang, des globules de pus et de cristaux de phosphate tribasique, présente des cylindres exsudatifs des tubuli urinifères, chargés de granules. *Ventouses scarifiées et soustraction de 250 grammes de sang à la région lombaire.* — *16 décembre.* On n'a pu tirer que 180 grammes de sang par les ventouses. La douleur rénale est beaucoup allégée et la malade s'assied dans son lit sans trop de gêne; la douleur hypogastrique persiste. Pouls à 72, mou; langue encore chargée; ni vomissement ni nausées, mais quelques coliques; céphalalgie à peu près dissipée; urines d'un rouge sale, coagulables et présentant toujours des globules de sang, du pus et des cristaux phosphatiques. Administrer un lavement simple et prendre, à l'heure du coucher, 2 grammes de solution de chlorhydrate de

morphine dans 30 grammes d'eau. — 18 *décembre*. Pas de changement dans les symptômes. Pesanteur spécifique des urines, 1015; cylindres exsudatifs comme précédemment. La vessie explorée à l'aide de la sonde ne présente rien d'anormal. — 20 *décembre*. Dépôt abondant de mucus gélatineux dans lequel on trouve encore quelques débris granuleux de cylindres exsudatifs. Prescr. : *Solution de chlorhydrate de morphine*, 2 *grammes*. *Teinture de jusquiame*, 4 *grammes*. *M. A prendre en une fois à l'heure du coucher*. Presc. : *Décoction d'uva ursi*, 300 *grammes*. *Teinture de jusquiame*, 30 *grammes*. *Esprit d'éther nitrique*, 30 *grammes*. *Mucilage*, 60 *grammes*. *M. En prendre* 30 *grammes*, *trois fois par jour*. — 26 *décembre*. Peu de changement, si ce n'est beaucoup plus de douleur à l'hypogastre. Sueurs la nuit dernière. Pouls à 86, mou. Langue chargée; appétit nul; soif vive; constipation depuis plusieurs jours. Forte dysurie; urines offrant les mêmes caractères que précédemment. *Appliquer quatre sangsues à l'hypogastre, puis y faire des fomentations chaudes*. Prescr : *Poudre de jalap et de scammonée, de chaque* 0,40 *centigrammes*. *M. A prendre le soir*. Prescr. : *Solution de chlorhydrate de morphine* 2 *grammes*. *Mucilage de gomme* 30 *grammes*. *M. A prendre en une fois, demain matin*. — 29 *décembre*. La douleur à l'hypogastre s'est beaucoup calmée; cependant, on n'a pas appliqué les sangsues, la malade s'y refusant. Elle a eu quelques bonnes évacuations alvines. Aujourd'hui elle se sent mieux et a très bien dormi sans la solution de morphine. La langue s'humecte et se nettoie, mais les urines contiennent encore plus de sang. — 1er *janvier* 1853. L'amélioration continue, mais il reste encore de la souffrance à l'hypogastre. L'urine présente une coloration plus naturelle et dépose beaucoup moins; elle ne renferme plus de sang. — 9 *mars*. La malade a encore éprouvé de temps en temps des douleurs lombaires, mais en somme son état s'est amendé peu à peu. L'urine, devenue de jour en jour plus claire, est maintenant tout à fait normale et ne contient plus d'albumine. On a découvert une petite hernie dans la région iliaque droite et un bandage a été appliqué. — 28 *mars*. Guérison; sortie.

Commentaire. — Nous avions affaire à une néphrite aiguë avec tendance aux récidives, caractérisée par de la douleur locale, par l'inflammation de la membrane muqueuse des bassinets (pyélite), comme l'a démontré la présence du mucus et du pus en quantité, et en outre par l'inflammation des éléments sécréteurs des reins, manifestée par l'apparition fréquente du sang, de cylindres exsudatifs moulés dans les tubuli urinifères, enfin par la persistance de l'albuminurie. Il fallut quatre mois, néanmoins, et une médication variée, pour voir disparaître tous les symptômes et la tendance au retour si opiniâtre des douleurs lombaires.

Cette observation nous offre un exemple de ces cas où l'inflammation aiguë des reins passe à l'état chronique. Comme le rein droit était seul affecté et que le gauche suffisait à sécréter la quantité physiologique d'urine, il n'en est résulté ni œdème ni hydropisie.

Obs. CLXXVII (1). — *Néphrite subaiguë avec anasarque considérable. — Guérison. — Néphrite aiguë du rein gauche. — Guérison.*

Commémoratif. — Anne Hewison, 18 ans, servante, entrée le 14 décembre 1856, a séjourné à quatre reprises dans les salles de chirurgie depuis quatre mois, pour des abcès à l'aisselle, lesquels sont d'ailleurs guéris à présent. Depuis six semaines,

(1) Recueillie par M. M'Leod Pemberton, élève du service.

elle éprouve des douleurs dans les régions lombaires, principalement par les temps froids, s'exaspérant par les efforts de la toux et lors des inspirations profondes. Il y a quinze jours elle remarqua un certain gonflement des pieds et du ventre; depuis lors il s'est produit une anasarque générale.

Symptômes a l'entrée. Il existe une anasarque générale et la face est énormément enflée. Toutes les parties déclives du tronc ainsi que les extrémités sont pâles et gardent l'impression du doigt qu'on y appuie. Les règles reviennent pour la troisième fois après un intervalle de quinze jours, et elle sont très abondantes. L'urine, fortement albumineuse, offre une densité spécifique de 1010, la quantité en est notablement diminuée, mais on n'a pu encore la mesurer exactement. On y découvre, au microscope, un grand nombre de moules desquamatifs circux. La poitrine est partout sonore à la percussion. On entend des râles sibilants au sommet du poumon droit, à l'inspiration et à l'expiration; c'est, dit-elle, le restant d'un refroidissement contracté il y a cinq semaines. Elle a parfois des palpitations, mais le système circulatoire n'offre rien d'anormal. Pouls à 80, suffisamment fort. L'abdomen très développé est le siège d'une fluctuation manifeste; toute sa face antérieure est douloureuse à la pression, principalement à droite, au point correspondant à la région lombaire. Les fonctions digestives et nerveuses s'accomplissent normalement. Prendre 1 gram. 25 centigram. de bitartrate de potasse, trois fois par jour.

Marche de la maladie. — 16 *décembre*. La quantité d'urine rendue est notablement augmentée; elle s'est élevée a 1600 grammes durant les dernières vingt quatre heures — 20 *décembre*. L'œdème est beaucoup diminué; pouls à 75. Près de cinq litres d'urine ont été rendus depuis hier. — 25 *déc*. Trois litres d'urine ont été rendus en moyenne chaque jour. Ce liquide est pâle, d'une densité spécifique 1010; il contient seulement un peu d'albumine. L'œdème des extrémités s'est dissipé, mais il reste encore un peu d'enflure à la face et à l'abdomen. De légers symptômes fébriles ont apparu; pouls à 100, faible; léger mal de gorge; gonflement des amygdales et rougeur inflammatoire de la muqueuse de l'isthme du gosier. *Appliquer des cataplasmes chauds sur les côtés du cou et faire usage d'un gargarisme astringent* — 26 *déc*. Hier après midi et ce matin encore, l'urine à pris une teinte brune foncée; elle est fortement albumineuse et contient un sédiment composé d'urates et de globules de sang. Il existe de la douleur dans la région rénale gauche. La gorge n'est plus aussi sensible. Une certaine anxiété est peinte sur la face. Le pouls est à 90, assez développé. *Cesser le bitartrate de potasse*. Prescr. *Esprit d'éther nitrique*, 8 *gram. Mucilage*, 60 *gram. Eau*, 180 *gram. M. En prendre deux cuillérées à soupe toutes les quatre heures. Fomentations chaudes sur la région lombaire gauche*. — 28 *déc*. La douleur lombaire persiste et augmente par la pression. Hier, il a été rendu 750 grammes d'urine fortement albumineuse, d'une couleur moins foncée, comparable à du chocolat léger, n'offrant pas de pellicule graisseuse par le repos mais contenant beaucoup de cylindres des tubes urinifères, des urates et des globules sanguins. Le mal de gorge, la fièvre et l'œdème des téguments ont entièrement disparu. Pouls à 84, ferme. —31 *déc*. La malade à rendu de 1500 à 1800 grammes d'urine chaque jour. Elle accuse encore de la sensibilité dans les reins, mais elle va beaucoup mieux. A partir de ce moment, elle commença à s'asseoir et même à circuler un peu dans la salle. Les douleurs lombaires ont encore reparu de temps en temps, mais ont cessé tout à fait le 26 *janvier*. L'urine a continué de présenter encore quelque temps des traces d'albumine, laquelle disparaissait parfois pour un ou deux jours. Le 19 *janvier*, la malade prenait 0,65 *centigrammes de bitartrate de potasse trois fois par jour*. L'urine a été examinée tous les jours, et du 27 au 30, elle a cessé de présenter la moindre trace d'albumine. En conséquence, cette personne se trouvant en d'état d'être congédiée, sort de l'hôpital.

Commentaire. — Avant l'entrée de cette fille, une sorte de forme chronique de néphrite ou de maladie de Bright existait déjà et avait même occasionné une anasarque générale très marquée ; en même temps, elle se caractérisait pas de l'albumine et par la présence de nombreux cylindres ou moules cireux dans les urines. L'œdème de la face et l'aspect général de cette fille indiquaient manifestement une hydropisie rénale. Celle-ci ne résista point à l'effet diurétique très prononcé du bitartrate de potasse pris par doses de 1 gr. 25. La malade fut alors affectée d'une néphrite aiguë du rein gauche, caractérisée par un appareil fébrile intense, de la douleur augmentant par la pression dans la région rénale gauche, enfin par des urines sanguinolentes, bourbeuses etc. Cependant, cette nouvelle attaque céda à son tour à de légères préparations diurétiques, aux émollients, à des fomentations chaudes locales, etc. Toute trace d'albuminurie, à laquelle il reste si communément de la tendance à la suite de la néphrite, disparut à son tour complètement sous l'influence de petites doses de crème de tartre. La concomitance d'un mal de gorge et de symptômes fébriles survenus dans le cours de cette dernière, nous firent penser à la possibilité d'une complication scarlatineuse, mais l'investigation la plus attentive ne nous en fit découvrir aucune preuve.

Obs. CLXXVIII (1). — *Néphrite desquamative aiguë avec terminaison fatale rapide, par suite de l'insuffisance de la sécrétion urinaire. — Anasarque générale. — Œdème des poumons.*

Commémoratif. — William Lawson, 34 ans, marié, fut admis dans la salle affectée aux maladies de la peau, le 28 janvier 1856, pour une gale dont il était atteint depuis quatre mois. Dans ces derniers temps, il s'adonnait à la boisson ; il est anémique et amaigri. Toute la surface du corps, à l'exception de la tête et du cou, est recouverte d'une multitude de petites vésicules isolées, nombreuses surtout sur les surfaces de flexion. Quelques taches d'eczéma existent sur les jambes. Le 2 *décembre*, on commence à lui faire deux fois par jour une friction générale avec de la graisse de porc, que l'on remplace le 6 par de la pommade sulfureuse.

Commencement de la maladie. — 11 *décembre*. Aujourd'hui, le malade a commencé à tousser beaucoup et à être pris de dyspnée ; il croit qu'il s'est refroidi en se faisant des frictions. A partir du 7, il avait observé un léger œdème des pieds et déjà même un peu de toux, mais il avait à peine fait attention à ces symptômes. Les urines offrent une teinte brune, contiennent une grande quantité d'albumine, et de plus un sédiment dans lequel on reconnaît à l'aide du microscope, un grand nombre de cylindres desquamatifs. Les nuits sont mauvaises à cause de la toux et de la gêne de la respiration dès qu'il est dans la position horizontale. La percussion décèle une légère diminution de la sonorité du côté droit de la poitrine, à la face antérieure, au dessous de la troisième côte. La résonnance vocale n'est pas augmentée. Le murmure respiratoire est plus faible que du côté gauche, et l'inspiration s'accompagne de quelques sibilements. En arrière, la percussion donne une légère matité dans la moitié inférieure des deux côtés du thorax. De fins râles humides s'entendent à la fin de l'inspiration, et l'expiration, faible à la base, est exagérée au sommet. *Presc. : Esprit d'éther nitrique, 2 grammes. Teinture de digitale, 6 grammes.*

(1) Recueillie par M. W. Guy, élève du service

Teinture de scille, 6 grammes. Eau, 165 grammes. M. En prendre une cuillerée toutes les quatre heures.

Marche de la maladie. — 12 *décembre*. Dans toute la région de la matité, des râles humides, peu nombreux et produisant une sorte de bruit de cliquet accompagnent la fin de l'inspiration. Dans ce même espace, la résonnance vocale est légèrement augmentée; en arrière et du côté droit, il existe dans le tiers moyen une certaine matité. L'urine est de couleur brune et contient des globules de sang reconnaissables au microscope. Les crachats sont purulents, striés de sang, mais en petite quantité. *Extraire 120 grammes de sang à l'aide de ventouses scarifiées appliquées à la région lombaire. Donner 2 grammes de bitartrate de potasse trois fois par jour. 60 grammes de gin.* — 13 *décembre*. La dyspnée s'est aggravée sensiblement et le pouls a faibli ; il est à 100, mou. Crachats peu abondants, composés de pus et n'offrant pas de trace de sang. La percussion à la base et en arrière de la poitrine donne un son mat, particulièrement du côté droit. A l'auscultation, on remarque de fins râles humides à l'inspiration et une augmentation de la résonnance vocale. Les urines offrent toujours les mêmes caractères, contiennent des chlorures en abondance, mais ne vont pas à 600 grammes par jour. La dose de gin est portée 90 grammes; on y ajoute encore 120 grammes de vin de Porto. Prescr : *Carbonate d'ammoniaque. 2 grammes 50 centigrammes. Teinture de cardamome compososée, 30 grammes. Eau, 120 grammes. M. En prendre une cuillerée toutes les deux heures.* — 17 *décembre*. Aggravation lente et progressive; 40 respirations à la minute; la position assise est la seule possible. Dégoût pour les aliments. Pouls à 126, très faible. La crépitation et l'augmentation de la résonnance vocale remontent maintenant jusqu'au niveau de l'épine de l'omoplate. Pas de souffrance. Ventouses sèches à la face postérieure de la poitrine; cruchons d'eau chaude aux pieds. Vers le soir, la face pâlit, les mains et les avant-bras se refroidissent et s'œdématient. A 9 heures, la respiration atteint 48 par minute et devient tellement laborieuse qu'on est obligé de faire une saignée de 400 grammes. Le pouls au poignet gauche, imperceptible avant l'opération, reparaît à la fin bien qu'extrêmement faible, et le malade se dit un peu soulagé. *On prescrit 0,90 centigrammes de solution de chlorhydrate de morphine.* — 18 *décembre*. La femme du malade dit qu'il a dormi depuis trois heures du matin jusqu'à six. La dyspnée est aussi forte qu'avant la saignée, la respiration haletante. Un peu d'urine a été rendue en allant à la garde-robe; ce liquide contient des globules de pus en grand nombre et des cylindres desquamatifs. Le malade est forcé de rester assis, penché en avant sur son lit. L'intelligence est un peu obscurcie: du délire survient la nuit — 20 *décembre*. Le malade conserve sa connaissance, mais décline sensiblement. — 21 *décembre*. Mort ce matin à trois heures et demie.

Autopsie. — Trente-trois heures après la mort.

Anasarque générale; énorme œdème du scrotum; pâleur uniforme des téguments. Plus aucune vésicule de gale, mais seulement quelques petites cicatrices circulaires aux mains et aux doigts.

Thorax. — Toutes les cavités du cœur et les gros vaisseaux sont gorgés de sang en grande partie coagulé et décoloré. Les premières sont dilatées, principalement le ventricule gauche dont les parois sont moins épaisses qu'à l'état normal. Le péricarde et les valvules n'offrent aucune altération. Le cœur pèse 500 grammes. La plèvre droite présente des adhérences générales, très résistantes. Le poumon droit, de volume moyen, a subi une augmentation de densité. En l'incisant, on trouve son tissu fortement œdémateux, et la pression en fait sortir un liquide spumeux très abondant. On n'y découvre nulle part d'exsudat solide. Le poumon gauche n'est pas adhérent; il est relativement moins volumineux que le droit, et l'œdème n'y est pas aussi considerable.

Abdomen. — Les reins dépouillés de leur capsule ont une couleur jaune pâle, et ont conservé leurs dimensions moyennes. A la coupe, les cônes apparaissent un peu congestionnés; la substance corticale, au contraire, est pâle. Cette dernière offre une multitude de stries blanches, généralement perpendiculaires à la circonférence de l'organe. On n'y trouve aucune trace de granulation, et la densité est notablement diminuée; le tissu d'ailleurs est moins ferme que d'ordinaire. Le foie est congestionné, mais n'est le siége d'aucune lésion; il pèse 1800 grammes. Les autres organes abdominaux sont sains.

Examen microscopique. — En raclant la surface d'une coupe récente pratiquée à travers le parenchyme du rein, le couteau se charge d'une matière pulpeuse, laquelle, à un grossissement de 250 diamètres, se trouve composée de larges fragments de tubes urinifères, remplis de cellules épithéliales agglutinées ensemble par une fine matière moléculaire. Des groupes de ces cellules entourées de cette même matière se voient disséminés sur le champ du microscope. Par l'addition d'acide acétique, la matière moléculaire et les parois des cellules deviennent plus transparentes; les noyaux ne sont pas modifiés. L'urine renfermée dans la vessie présente quelques cylindres desquamatifs, des spermatozoïdes et une quantité de cellules isolées d'épithélium rénal.

Commentaire. — L'affection aiguë à laquelle cet homme a succombé, a été contractée dans l'hôpital, à l'occasion d'onctions pratiquées pour détruire une gale chronique avec éruption généralisée à tout le tégument. Le mal débuta d'une façon très-insidieuse; le sujet n'y avait fait aucune attention. Le 10 décembre, lorsque la toux et une certaine dyspnée eurent éveillé mon attention, je trouvai déjà les pieds et les jambes œdématiés, l'urine diminuée de quantité et fortement albumineuse. Il est à noter qu'il n'existait aucun signe de fièvre ni la moindre douleur locale, et nous nous demandâmes si indépendamment des modifications du côté des urines il n'y aurait pas une pneumonie. Je me prononçai pour la négative à cause de l'absence des symptômes fébriles et à raison du caractère des râles crépitants très-superficiels et de leur extension vers les parties supérieures des deux poumons; en outre, les chlorures n'ont jamais fait défaut dans les urines. (Voir t. II, p. 288). D'autre part, l'examen physique et microscopique de ce liquide ne tarda pas à nous édifier sur la nature de l'affection qui était évidemment une néphrite desquamative aiguë, occasionnant une anasarque générale et un œdème rapide des poumons. Ce diagnostic est pleinement confirmé par les lésions constatées à l'autopsie.

La substance corticale des reins était pâle, presque exsangue, tandis que les tubes étaient engorgés par une matière granulaire exsudative, entremêlée de cellules épithéliales en grand nombre. Les deux poumons, particulièrement le droit, étaient infiltrés de sérosité. Les progrès rapides du mal, évidemment par suite de l'obstruction des tubes rénaux, semblaient réclamer une intervention active. Cependant, l'état du pouls et la tendance à la prostration dès le début, s'opposaient à l'emploi des antiphlogistiques, lors même que d'autres raisons ne nous en eussent pas détournés (voir t. I, p. 399). Pour les mêmes motifs, les diaphorétiques étaient trop lents et leur action trop incertaine pour compter sur leur emploi; cependant on essaya la morphine et la chaleur en applications locales. On eut donc

recours aux diurétiques et plus tard aux stimulants, afin d'enrayer l'épuisement. Cette pratique condamnée par beaucoup de médecins, sous prétexte qu'il n'est pas permis de stimuler un organe déjà en état d'irritation, nous a cependant si souvent réussi après l'emploi inutile des autres moyens, que nous n'hésitons pas à y recourir à l'occasion. Le danger réel chez cet homme se montra dès le début du côté des poumons, par suite de la difficulté pour le cœur de propulser le sang à travers ces organes. C'est ce qui m'a déterminé enfin, à pratiquer une saignée. Le bras du sujet était déjà tellement infiltré et la veine si petite que je fus obligé de procéder moi-même à la manœuvre opératoire. Le pouls radial était imperceptible, quoique les contractions cardiaques fussent énergiques. Le sujet déclara se trouver un peu mieux à la suite de cette perte de sang, mais je regrette de n'en avoir constaté aucun avantage réel.

Obs. CLXXIX. (1) *Néphrite aiguë desquamative et hémorrhagique. Hydrothorax. — Collapsus du poumon droit. — Œdème pulmonaire et bronchite, avec des symptômes de pneumonie.*

Commémoratif. — Andrew Craig, 45 ans, garçon de café, robuste et corpulent, entré le 1er juillet 1851, a déjà eu plusieurs attaques de delirium tremens, car c'est un buveur invorrigible. Il y a six jours, à la suite d'une journée de fatigue et d'exposition à l'humidité, il fut saisi de frissons, de fièvre et de vomissements. Le lendemain, ses pieds étaient enflés et ses urines fortement colorées; survinrent bientôt de la toux, de l'expectoration, et depuis hier une grande gêne de la respiration, tous symptômes qui vont encore en s'aggravant.

Symptômes a l'entrée. — Anasarque généralisée; face bouffie; forte dyspnée; toux pénible ramenant des crachats visqueux les uns rouillés, d'autres mêlés de petits caillots de sang du volume d'un pois. La percussion décèle une certaine matité à la base sur la face antérieure du côté droit, remontant à cinq centimètres plus haut que la matité hépatique. Dans cette même région, l'inspiration est rude, tubaire, et la résonnance vocale est augmentée. En arrière également, la matité s'étend à toute la moitié inférieure; il existe une crépitation bruyante à l'inspiration, et de la bronchophonie. Les bruits du cœur son vifs, mais normaux; l'impulsion est forte. Pouls à 100, faible. Urine de couleur brune foncée, trouble, rendue en petite quantité, d'une pesanteur spécifique 1014, donnant un fort caillot sous l'action de la chaleur et de l'acide nitrique. Au microscope, on y distingue de nombreux cylindres desquamatifs, mêlés à des globules de sang. Autres fonctions normales. Prescr. : *Vin antimonié, 8 grammes. Esprit d'éther nitrique, 8 grammes. Eau 165 grammes. M. En prendre une cuillerée toutes les quatre heures. 90 grammes de vin pour la journée.*

Marche de la maladie. — 2 *juillet* La matité et la crépitation à la face postérieure du côté droit remontent jusqu'au milieu de l'omoplate, et l'on découvre également un commencement de matité et de crépitation à la partie inférieure et en arrière du poumon gauche. La dyspnée augmente; les autres symptômes restent les mêmes. *Ventouses scarifiées dans le dos, avec soustraction sanguine de 150 gram. Donner 4 grammes de poudre de jalap composée.* — 3 *juillet.* La matité s'étend aux deux tiers inférieurs des deux poumons, en arrière. Gros râles bulleux à l'inspiration et bronchophonie. L'anasarque fait encore des progrès; le scrotum et les mem-

(1) Recueillie par M. W. M. Calder, élève de service.

bres inférieurs sont énormes. Il n'a été rendu que 240 grammes d'urine depuis hier; elle est trouble, d'une couleur brune sale, et présente les mêmes caractères que précédemment. Selles faciles. Dyspnée pressante. Toux fréquente et pénible. Crachats pneumoniques. Pouls à 120, faible. *Donner 2 grammes de bitartrate de potasse, trois fois par jour, et 90 grammes de gin au lieu de vin. Soutenir les forces par l'alimentation.* — *4 juillet.* Le malade a rendu 500 grammes d'urine; il est un peu mieux, toutefois la prostration est très grande. — *5 juillet.* Le malade est dans le coma; il expire le lendemain 6, au matin.

Autopsie. — Cinquante heures après la mort.

Anasarque généralisée.

Tête. — L'espace sous-arachnoïdien contient une quantité considérable de liquide faisant même saillie au-dessus des circonvolutions. Les ventricules latéraux contiennent un peu de sérosité. Le reste est normal.

Thorax. — Chacune des plèvres contient environ un demi litre d'un liquide séro-sanguinolent. Les deux poumons sont condensés et en état de collapsus en arrière; ils restent crépitants à leur partie antérieure. A la coupe, ils présentent une surface unie, de couleur violacée, et laissent suinter sous la pression une grande quantité de liquide spumeux. Les grosses bronches sont remplies d'une matière muco-purulente; la muqueuse qui les tapisse est fortement congestionnée et marbrée de taches rappelant l'aspect de l'acajou foncé. Le cœur pèse 370 grammes. Le ventricule droit est hypertrophié et dilaté. Les valvules sont intactes.

Abdomen. — Les reins sont augmentés de volume et pèsent ensemble 350 grammes. Leur surface externe est brune violacée; les vaisseaux y sont partout congestionnés et l'on voit de nombreuses petites taches hémorrhagiques comme des têtes d'épingles. A la coupe, la substance corticale paraît grenue; des taches foncées de congestion sont entremêlées dans le parenchyme, diversement nuancé de blanc opaque et de couleur fauve. Les corps de Malpighi paraissent çà et là teintés de sang. Les cônes tubulaires offrent une coloration violacée intense, principalement vers leur base. La muqueuse des bassinets est modérément congestionnée. Le *foie* est un peu hypertrophié. Les autres organes n'offrent rien à noter.

Examen microscopique. — La portion de couleur fauve de la substance corticale est ramollie; ses tubes sont remplis de cellules épithéliales desquamatives, englobées dans un exsudat moléculaire. Les vaisseaux des parties congestionnées sont teints de sang. Les taches hémorrhagiques dépendent d'extravasations sanguines dans une ou plusieurs circonvolutions des tubes.

Commentaire. — Ce cas ressemble sous beaucoup de rapports à celui qui précède, seulement sa marche a été encore plus rapide. L'oppression et l'œdème pulmonaire se sont montrés pour ainsi dire d'emblée. Le mal localisé d'abord dans le poumon droit, s'est annoncé par des frissons et par des symptômes fébriles, suivis bientôt de toux et d'une expectoration visqueuse, rouillée, en un mot, de tous les symptômes et signes physiques d'une pneumonie. Les manifestations fébriles coïncidaient donc avec la période de début d'une pneumonie supposée. L'individu était garçon d'estaminet et de plus un buveur de profession; il fallait décider si les symptômes aigus étaient sous la dépendance d'une affection des poumons ou des reins. Or, il est rare de voir une néphrite aiguë produire une anasarque générale et suivre une marche aussi rapide; nous crûmes donc avoir affaire à une maladie rénale chronique, en d'autres termes, à un cas de maladie de Bright compliqué de pneumonie. Cependant, c'était bien

une néphrite aiguë, accompagnée de frissons, de fièvre, de vomissements, etc., auxquels succédèrent une anasarque rapide et la mort dans le coma. Les crachats rouillés, aussi, étaient bien faits pour induire en erreur; mais quoique les tubes bronchiques fussent remplis d'un mucus épais et purulent, on ne trouva point, à l'autopsie, d'extravasation sanguine dans le parenchyme du poumon. Il ne saurait donc être question ici que d'une bronchite. Heureusement, les cas de néphrite aiguë compliqués de la sorte sont d'une extrême rareté. Celui-ci s'est présenté avant que l'on connût bien l'importance, au point de vue du diagnostic de la pneumonie, de l'absence des chlorures dans les urines, sinon, j'aurais vraisemblablement trouvé de ce côté un motif pour rapporter les symptômes aigus aux reins plutôt qu'aux poumons. L'autopsie nous a montré la même inflammation desquamative que dans le dernier cas, associée à de l'hémorrhagie dans les tubuli et dans les corps de Malpighi, ainsi qu'à une forte congestion des capillaires, principalement de la surface. Ces complications, on le conçoit, en obstruant les tubes sécréteurs, aggravaient beaucoup la lésion. Je ne saurais m'empêcher de croire que bien des cas semblables à ces deux derniers aient été pris inévitablement pour de la pneumonie, surtout avant la découverte de l'auscultation. Supposons une affection aortique chez un tel malade, on trouverait un pouls dur, vibrant; en conséquence avec les anciennes idées, on aurait eu recours aussitôt aux larges saignées et aux remèdes antiphlogistiques, et partant hâté beaucoup la terminaison fatale. La science moderne, en montrant qu'il s'agit dans ces cas d'une obstruction des tubes urinifères par l'épithilium desquamé ou par du sang extravasé, a surabondamment prouvé que les saignées ont très peu à faire dans cette affection. Au reste, même à titre de palliatif, nous n'en avons rien obtenu chez le malade de l'observation CLXXVIII.

L'hémorrhagie à l'intérieur des tubes et la forte congestion vasculaire, produisaient chez le dernier sujet un obstacle plus grand à l'excrétion des reins, que chez le précédent. C'est ce qui nous explique l'urémie et les symptômes cérébraux observés, vingt-quatre heures avant la mort de Craig, et qui ne se sont point manifestés chez Lawson.

Obs. CLXXX (1). — *Néphrite aiguë. — Pneumonie chronique. — Œdème du poumon et anasarque. — Mort. — Ulcère perforant dans le duodenum, sans aucune manifestation.*

Commémoratif. — James Abernethy, 41 ans, tonnelier, entré le 21 juillet 1851, dit avoir joui d'une bonne santé avant d'être atteint d'une affection inflammatoire de la main gauche, suivie de suppuration, et pour laquelle il entra à l'hôpital chirurgical, en avril dernier. Il y a six semaines, il observa que ses urines étaient foncées comme du *porter*, et peu après ses pieds et ses jambes s'enflèrent.

(1) Recueillie par M. Robert Byers, élève du service.

Ces symptômes furent précédés de frissons, mais ne s'accompagnèrent d'aucune douleur dans les reins ni ailleurs. L'œdème continua à faire des progrès, et, il y a trois semaines, il survint une dyspnée plus pénible chaque jour, mais sans toux ni expectoration.

Symptômes a l'entrée. — L'urine est brune, bourbeuse, rendue en petite quantité, sans difficulté et sans douleur ; sa densité est de 1020 ; elle contient beaucoup d'albumine et des chlorures dans la proportion normale. Au microscope, on y découvre un grand nombre de cylindres cireux, de volume variable, et traversant tout le champ du microscope, les uns se divisant en deux, d'autres contournés sur eux mêmes. La plupart sont remplis d'épithélium, un certain nombre sont remplis seulement à la moitié ; enfin d'autres sont composés simplement d'une membrane pâle et diaphane. On distingue aussi quelques globules de pus et de sang, une quantité de granules et des cellules granuleuses, enfin un grand nombre de cristaux phosphatiques. La percussion sur la face antérieure de la poitrine donne une sonorité égale des deux côtés. En faisant tenir la bouche ouverte au patient, on produit un bruit de pot fêlé sur toute la surface du poumon droit. En arrière et dans toute la moitié inférieure, on constate de la matité, une résonnance très forte de la voix et des râles crépitants à l'inspiration. Il existe également une légère crépitation et des râles sibilants dans la moitié inférieure et postérieure du poumon gauche, mais sans matité ni augmentation de la résonnance vocale. Bruits du cœur normaux ; pouls à 94, régulier, mais faible. Appétit nul, soif vive ; abdomen un peu gonflé et fluctuant. Anasarque générale ; la peau du dos se laisse déprimer fortement sous le doigt. Le bras gauche, depuis le coude jusqu'à la main ne forme qu'un ulcère, et le tissu cellulaire est infiltré de pus. Prostration profonde. Prescr. : *Esprit d'éther nitrique*, 8 *gram. Esprit d'éther chlorique*, 6 *gram. Solution de chlorhydrate de morphine*, 4 *gram. Eau*, 220 *gram. M. En prendre* 30 *grammes le soir et toutes les fois que la respiration est très gênée. Bitartrate de potasse*, 1 *gram.* 25 *centigram., trois fois par jour.*

Marche de la maladie. — 25 *juillet.* Le malade est resté à peu près dans le même état ; aujourd'hui, il est plongé dans une certaine somnolence ; il a de la répugnance pour la nourriture. Le pouls conserve une grande faiblesse. On a eu recours aux ventouses sèches, aux diaphorétiques, aux diurétiques, mais la sécrétion urinaire n'a pas augmenté. De temps en temps on parvient à faire ingérer un peu de vin et quelques aliments. — 26 *juillet.* Les deux poumons offrent de gros râles crépitants à leur face postérieure. Dyspnée menaçante. Sueurs générales, mais pas d'amendement dans les symptômes. Mort le 27.

Autopsie. — *Vingt heures après la mort.*

Anasarque générale. L'avant-bras gauche est le siège d'une ulcération érysipélateuse.

Thorax. — Les deux poumons sont œdémateux et les plèvres adhérentes. En voulant séparer ces adhérences à la face postérieure du poumon droit, le tissu de ce dernier se déchire ; il est d'ailleurs ramolli par de la pneumonie chronique et partout infiltré de sérosité. Quelques nodules crétacés s'observent au sommet du poumon droit.

Abdomen. — A la surface inférieure du lobe droit du foie, au-dessous du péritoine, se trouvent plusieurs concrétions calcaires du volume de grains de millet ; deux de ces concrétions adhèrent à des veines et font même une légère saillie dans leur intérieur (phléholithes). La vésicule du fiel est légèrement épaissie ; le conduit cystique est obstrué en son milieu, mais le canal hépatique est entièrement libre. Les deux reins sont d'un jaune pâle à l'extérieur et marbrés çà et là de taches vasculaires. A la coupe, on trouve la substance corticale un peu diminuée d'épais-

seur et les cônes fortement congestionnés. A deux centimètres et demi du pylore, le duodénum est le siége d'un ulcère rond, perforant, de la largeur d'une pièce de cinquante centimes, et dont les bords ont contracté des adhérences inflammatoires avec le pancréas et avec les circonvolutions intestinales voisines. Les bords internes de cet ulcère sont noirs, et tout autour on remarque plusieurs taches également noires, de la grandeur d'une pièce de vingt centimes ou même d'un franc. La cavité du péritoine contient environ deux litres et demi de sérosité. Les autres organes abdominaux sont intacts.

Examen microscopique. — Les tubes contournés de la substance corticale des reins sont remplis de cellules épithéliales de desquamation, dont la plupart ont subi la dégénérescence graisseuse.

Commentaire. — A la suite d'une ulcération du bras ayant nécessité un séjour prolongé dans les salles de chirurgie, survint chez cet homme une néphrite desquamative, une anasarque générale et de l'œdème des poumons analogue à celui que nous avons constaté chez les deux malades précédents. En outre, les plèvres des deux côtés étaient adhérentes, et le poumon droit, dans sa partie postérieure et inférieure, avait été désorganisé par une exsudation limitée dans son parenchyme. Cette observation présente encore une particularité remarquable, je veux parler de l'existence d'un ulcère chronique du duodénum. Cet ulcère ne s'est manifesté par aucun symptôme quelconque, quoiqu'il ait donné lieu à des hémorrhagies limitées dans la couche muqueuse de l'intestin, et aussi à un exsudat épanché sur l'enveloppe séreuse (péritonite), sans avoir jamais occasionné de douleur ni même de gêne locale.

Le terme de néphrite desquamative a été employé par le Dr Johnson pour désigner une lésion dans laquelle les tubuli rénaux sont obstrués, non seulement par un exsudat, mais aussi par l'exfoliation et l'accumulation dans leur intérieur de l'épithélium qui les tapisse. Semblable desquamation peut se produire, selon moi, sur toutes les surfaces épithéliales et épidermiques. Je l'ai constatée souvent dans le poumon, formant là ce que je pourrais appeler une pneumonie desquamative ou vésiculaire. Si cette exfoliation se fait dans toute l'étendue des deux reins, comme chez les trois malades précédents, la lésion est généralement fatale; mais si elle est seulement partielle et qu'un certain nombre de tubes sécréteurs restent libres et capables de suppléer à l'inaction de leurs voisins, sous l'influence de diurétiques, il est permis de compter sur la guérison. Dans ces cas même, on peut espérer une guérison spontanée, surtout si l'on vient au secours de la nature à l'aide des diaphorétiques. D'ailleurs, loin de considérer les diurétiques comme nuisibles dans cette affection, l'expérience m'a enseigné à y recourir comme à la seule chance de salut. Les ventouses et les sudorifiques, dans des cas aigus et rapides comme ceux que nous venons de voir, sont totalement incapables de faire disparaître l'obstruction des tubuli, bien qu'ils puissent soulager parfois. Quant aux bons effets des diurétiques, ils ont été manifestes dans les observations CLXVI et CLXXVII.

Obs. CLXXXI (1). *Néphrite suivie de la formation d'un vaste abcès dans le rein droit, ouvert dans le tissu cellulaire lombaire. — Ulcération de l'urètère et de la vessie. — Épaississement des valvules mitrale et tricuspide. — Atrophie partielle des poumons, avec et sans indurations. — Œdème partiel.*

Commémoratif. — Margaret Martin, âgée de 47 ans, servante, entrée le 18 octobre 1852, avait toujours joui d'une bonne santé. Il y a un an, après s'être exposée au froid, ayant les pieds mouillés, elle éprouva de la gêne en urinant; en même temps les urines étaient d'un rouge très foncé et beaucoup diminuées de quantité. Une semaine après ce refroidissement, elle éprouva des douleurs aiguës dans la région hypogastrique, s'irradiant jusque dans les cuisses. Néanmoins, elle continua à faire sa besogne jusqu'au commencement de septembre; elle souffrit alors plus particulièrement à la région du rein droit et dans les grandes articulations; enfin, il survint de l'œdème aux membres inférieurs, spécialement à la jambe droite. En même temps elle avait une forte constipation et le ventre se distendait sensiblement. Il y a quatre semaines, elle remarqua dans ses urines un sédiment très foncé semblable à du sang, qui persista cinq jours. Cette personne paraît avoir eu des habitudes d'intempérance.

Symptômes a l'entrée. — La langue est chargée d'un enduit brun au centre; soif vive; appétit passable; selles régulières. On trouve de l'empâtement et une certaine matité à la percussion, dans la région iliaque droite, s'étendant jusqu'à l'ombilic et occupant tout l'espace compris entre les fausses côtes et la crête de l'os iliaque; en outre la pression éveille une grande sensibilité dans toute cette étendue. La miction s'accompagne d'une certaine douleur s'irradiant jusque dans les cuisses, principalement du côté droit; enfin, un certain degré d'œdème envahit le membre de ce côté. L'urine est diminuée de quantité et sa densité spécifique est descendue à 1015; elle contient beaucoup d'albumine et laisse déposer un sédiment copieux, dans lequel on reconnaît au microscope de nombreux globules de pus et de sang. Pouls à 90, assez fort, mais parfois intermittent. De temps en temps, il survient des palpitations. L'étendue de la matité cardiaque est légèrement augmentée en travers. L'impulsion du cœur est très forte et un murmure sourd, indistinct, accompagne le premier bruit, offrant sa plus grande intensité à la pointe. Le thorax est difforme et le sternum très sensiblement arqué; les autres organes contenus dans cette cavité n'offrent rien d'anormal. *Faire passer un lavement avec 30 grammes d'huile de térébenthine.*

Marche de la maladie. — 20 *novembre.* Le lavement n'ayant point provoqué une évacuation satisfaisante, on a donné la nuit dernière 2 *grammes de poudre de jalap composée*; il en est résulté plusieurs selles. Prescr. : *Infusion de pavots, 150 grammes. Teinture de jusquiame, 7 grammes. Sirop, 30 grammes. M. En prendre 30 grammes, trois fois par jour.* — 20 *novembre.* La malade s'est plaint vivement des reins et de la jambe droite. On lui administre dans la soirée un *lavement avec 2 grammes de la solution de morphine.* — 21 *novembre.* Le mal ayant reparu et empêchant tout repos, on prescrit : *Solution de chlorhydrate de morphine, 2 grammes. Teinture de jusquiame 4 grammes. Mucilage et eau de menthe, de chaque 15 grammes. M. A prendre en une fois, à l'heure du coucher.* — 22 *novembre.* Mieux général aujourd'hui : l'abdomen est moins gonflé, il reste à peine de la douleur à l'hypogastre et un sentiment de malaise à la région lombaire; cependant, il y a de la constipation; les urines sont peu abondantes, albumineuses, et contiennent un

(1) Recueillie par M. Francis Russell, élève du service.

dépôt copieux, formé en grande partie par du pus. — 24 *novembre*. Même état, seulement la constipation persistant, il est survenu des douleurs d'entrailles. Urines peu abondantes. On prescrit : *Bitartrate de potasse*, 8 *grammes*. *Gomme gutte*, 0,15 *centigrammes*. *Pulv. ens. A prendre ce soir. Donner, demain matin*, 1 *gramme de poudre de Dover*. — 25 *novembre*. La poudre purgative a fait son effet, et a produit un soulagement notable ; cependant, le gonflement et la dureté du ventre n'ont pas beaucoup diminué. *Badigeonner l'abdomen avec de la teinture d'iode*. — 28 *novembre*. La malade se plaignant beaucoup du ventre et de la jambe droite, on lui a administré, hier soir, 0,65 *centigrammes de poudre de Dover*, qui a produit un certain soulagement. Il est survenu une toux assez grave et les forces se perdent de jour en jour. Prescr. : *Ether chlorique*, 8 *grammes*. *Solution de chlorhydrate de morphine*, 4 *grammes*. *Esprit d'ammoniaque aromatique* 11 *grammes*. *Mixture complexe*, 170 *grammes*. *M. En prendre* 15 *gr. trois fois par jour*. — 30 *novembre*. L'auscultation de la poitrine y fait découvrir quelques râles humides et une expiration prolongée, mais sans augmentation de la résonnance de la voix. Les bruits du cœur s'entendent très distinctement dans toute l'étendue de la poitrine ; la pointe bat à l'épigastre ; les contractions sont irrégulières, et un bruit de souffle accompagne le premier temps. Il existe toujours une vive sensibilité à la région lombaire et une douleur intense dans la région iliaque droite. Le gonflement du ventre n'a pas diminué. La fosse iliaque droite est le siège d'un certain empâtement ou d'une induration profonde. *On y fait appliquer quatre sangsues et des fomentations chaudes*. Prescr. : *Esprit d'éther nitrique*, 15 *grammes*. *Liqueur de potasse*, 7 *grammes*. *Mucilage*, 60 *grammes*. *Solution de chlorhydrate de morphine*, 11 *grammes*. *Eau*, 90 *grammes*. *M. En prendre* 15 *grammes toutes les heures, et abandonner tous les autres médicaments. Donner en outre dans la journée* 90 *grammes d'esprit de genièvre composé*. — 3 *décembre*. La malade est un peu mieux, cependant la constipation persiste et n'a pas cédé à l'administration d'un purgatif de calomel et de jalap, donné hier soir. L'urine reste toujours albumineuse et n'a pas augmenté de densité (1015). Elle n'a pas été recueillie régulièrement, on n'a donc pu en estimer la quantité. Le bras droit est le siège d'un œdème peu développé mais douloureux. *Donner un lavement cathartique*. — 6 *décembre*. La malade a eu plusieurs évacuations alvines et se sent dégagée du ventre. La tuméfaction occupant les régions lombaire droite, ombilicale et iliaque droite reste au même point. L'œdème de la jambe s'est dissipé ; par contre, la douleur et le gonflement du bras se sont aggravés peu à peu et remontent maintenant jusqu'à l'épaule. On ne découvre aucune tumeur circonscrite le long du bras ni dans l'aisselle. Durant ces trois derniers jours la quantité d'urine a oscillé entre 375 et 600 grammes, dans les vingt quatre heures. Ce liquide laisse toujours déposer un sédiment épais semblable à du mucus ; il ne contient plus de globules de sang, mais seulement des globules désagrégés, des cristaux de phosphate tribasique et des granulations amorphes d'urate d'ammoniaque. Il reste toujours de l'albumine. *Faire sur le bras des lotions d'acétate de plomb opiacées, et de temps en temps des fomentation chaudes*. — 8 *décembre*. La malade se plaint beaucoup de son bras, lequel est très gonflé et conserve légèrement l'impression du doigt. Toute la partie supérieure du membre est blanche, mais autour du poignet on remarque une teinte plus foncée, et sur le dos de la main deux grosses phlyctènes noires, formées cette nuit ; tout autour règne une coloration passant du violet au jaune et au vert brunâtre. La jambe est légèrement enflée, et depuis trois ou quatre jours on observe quelques taches violacées à la face interne de la cuisse et du genou, ne s'effaçant point sous la pression. La malade dit avoir perdu toute sensibilité au bras gonflé et se plaint sans cesse de froid aux pieds ; cependant ceux-ci conservent une chaleur naturelle. Grande faiblesse, inappétence. Pouls à 120, faible et filiforme. Les urines offrent une pesanteur spécifique de 1015, ne se coagulent plus par la

chaleur ni par l'acide nitrique; elles s'échappent d'ordinaire involontairement dans le lit. Prescr. : *Esprit d'ammoniaque aromatique*, 8 *grammes. Ether chlorique*, 8 *grammes. Teinture de cardamome composée*, 8 *grammes. Mixture camphrée* 210 *grammes. M. En prendre* 30 *grammes toutes les heures.* 120 *grammes d'eau-de-vie.* — 9 *décembre*. La malade a succombé ce matin à 10 heures.

Autopsie. — Vingt-six heures après la mort.

Anasarque, surtout de la jambe et du bras droits. Une large tumeur élastique, non fluctuante, modérément tendue, occupe le côté droit de l'abdomen depuis le foie jusqu'à la fosse iliaque, et depuis les lombes jusqu'à l'ombilic. La percussion rend un son mat dans toute l'étendue limitée par ces points. Cette matité se distingue de celle du foie, lequel n'est pas augmenté de volume.

Thorax. Le *péricarde* contient environ trente grammes de sérosité, et sa surface viscérale présente un grand nombre de taches fibreuses opaques. *Cœur* un peu petit. Les bords libres des segments valvulaires des deux orifices auriculo-ventriculaires sont épaissis et arrondis, mais n'offrent aucun dépôt à leur surface. Dans la substance du segment valvulaire mitral adhérent au septum, près de son point d'attache, il existe quelques incrustations calcaires. L'organe entier pèse 280 grammes. La *plèvre* droite est normale. Le *poumon* correspondant est le siège d'un engorgement séreux et d'un collapsus étendu en arrière; il est emphysémateux à sa face antérieure. *Le poumon gauche* présente des adhérences solides à l'endroit du lobe supérieur, lequel est atrophié et formé d'un tissu dense, à peine crépitant.

Abdomen. Après avoir ouvert cette cavité, on reconnaît que la tumeur est située derrière le côlon ascendant. Le lobe droit du foie la recouvre en avant sur une étendue de plusieurs travers de doigts, et y est adhérent au moyen de bandes fibreuses solides. Le péritoine est fortement tendu sur la tumeur, de manière à effacer les plis mésocoliques en avant, et à mettre le côlon ascendant en contact avec elle. Cette tumeur se trouve être un abcès renfermant plus d'un litre de pus et de matière séro-purulente, très fétide, de couleur jaune, avec un léger reflet verdâtre. La plus grande partie du sac purulent est formée aux dépens du tissu cellulaire des lombes, du côté droit; le rein est situé en avant et communique avec la cavité de l'abcès par plusieurs ouvertures ulcéreuses. La paroi postérieure de l'abcès est en relation immédiate avec les muscles lombaires et le côté droit de la colonne vertébrale, dont le périoste est encore intact. La paroi supérieure est intimement unie au foie, lequel offre à sa partie antérieure une dépression ou excavation ayant environ un centimètre et demi de profondeur et cinq à sept de diamètre. Le lobe gauche est refoulé en haut, le droit est allongé en bas et adhérent, comme il vient d'être dit, au côté droit et supérieur de la poche purulente. L'estomac et les organes voisins sont déplacés par la tumeur, mais n'offrent aucune lésion apparente. Le *rein gauche* est normal. Le *rein droit* est entièrement désorganisé, quoique son volume ne soit guère altéré. En le fendant longitudinalement, on ouvre de nombreux abcès remplis de pus semblable à celui de l'abcès principal, et occupant à la fois la portion corticale et la portion tubuleuse de l'organe. Les parois de ces abcès sont tapissées d'une matière floconneuse, jaune-grisâtre, semblable à du lait caillé et présentant, sous le microscope, des débris de cellules et un petit nombre de granules. Le bassinet à peine reconnaissable est converti en une poche remplie de pus. Le tissu intermédiaire aux excavations est condensé, induré, et présente sur plusieurs points une matière analogue à celle formant les parois des abcès. Plusieurs calculs anguleux, gros comme des grains de moutarde, sont entassés dans un des infundibulum, dont la muqueuse est pourtant unie et n'offre aucune trace d'ulcération. Il sont composés en grande partie de phosphates terreux, et de matière animale. *L'urétère* est épaissi dans toute son étendue, mais non dilaté; sa muqueuse est toute désorganisée, rugueuse, et offre un aspect analogue à celui des parois des abcès rénaux.

La vessie présente de grandes plaques irrégulières, ulcérées, où la muqueuse a disparu; ailleurs, cette membrane est très congestionnée mais unie. Nulle part on n'aperçoit de dépôt calcaire notable. L'ulcération de la muqueuse s'étend jusqu'au col de la vessie et s'arrête brusquement à l'embouchure de l'urèthre, lequel, à part un peu de congestion, est tout-à-fait normal. L'*utérus* contient un polype de la grosseur d'une fève, formé en grande partie par la membrane muqueuse et attaché à la paroi postérieure. Le museau de tanche est violacé. Les ovaires, le vagin et les parties externes n'offrent rien à noter.

Commentaire. — Les abcès du rein se produisent fréquemment d'une façon tout à fait insidieuse. Ils existent souvent depuis des mois, donnant lieu tout au plus à des douleurs sourdes dans le dos, à quelques frissons, à un peu de fièvre, lorsqu'un jour l'attention attirée du côté des urines déjà fortement colorées et peut-être bourbeuses, y fait découvrir, au microscope, des globules de sang et de pus. Si, le travail de désorganisation continuant, le pus vient à se frayer une issue au dehors, à travers le tissu sous-péritonéal qui entre également en suppuration, il se déclare bientôt une fièvre à type hectique et un œdème plus ou moins général. L'aboutissant de cette complication est presque toujours la mort. Chez notre malade l'issue fatale aura été retardée par cette circonstance que l'abcès était circonscrit jusqu'à un certain point, formant le vaste kyste qui vient d'être décrit. Cependant, bien que l'affection rénale ne nous ait pas laissé de doute pendant la vie, la nature de cette tumeur était fort difficile à déterminer sûrement.

Obs. CLXXXII (1). *Néphrite scrofuleuse et abcès dans les reins. — Tuberculose étendue dans les poumons et dans les intestins.*

Commémoratif. — Georges Paton, 20 ans, marin, entré le 19 juillet 1854, raconte qu'il avait toujours joui d'une bonne santé. Il y a sept ans, après s'être fatigué excessivement à glisser sur la glace, il remarqua du sang dans ses urines. Cette hématurie ne lui occasionnait aucun malaise, dans le principe; seulement, au bout de trois semaines, il commença à ressentir du mal à l'épigastre et une douleur cuisante, profondément située dans le bassin. Bientôt survinrent des envies fréquentes d'uriner, le forçant de satisfaire à ce besoin presque toutes les heures et lui laissant peu de repos. Cet état de choses persista plus ou moins durant une couple d'années, avec des alternatives d'amendement et de recrudescence des douleurs et de l'hématurie. Ce garçon entra alors dans la marine et son affection le tourmenta à peine durant trois ans. Cependant, le mal revint à la suite d'un refroidissement contracté lors d'une tempête. Il parvint à se faire admettre à bord du bâteau-hopital Dreadnought, où sa vessie fut explorée à plusieurs reprises dans le but de s'assurer si elle ne contenait pas de calcul, mais on n'en sentit aucun. Après quelques semaines de séjour dans cet établissement, il se remit de nouveau en mer, bien que sa santé laissât encore à désirer. Il y a environ un an, s'étant couché sur la plage, il eut un violent accès de douleur située profondément dans le bassin et suivie d'hématurie. Il se plaignit alors pour la première fois de mal aux reins et n'a plus cessé d'en souffrir depuis lors. En même temps, ses urines devinrent troubles, blanchâtres et contractaient très rapidement une odeur putride.

(1) Recueillie par M. Almeric. W. Seymour, élève du service.

Il se rétablit pourtant assez vite, et bientôt après entreprit un voyage sur le Danube; son état ne tarda pas à s'aggraver par suite d'expositions constantes au froid et, cette fois, ses forces ont décliné avec une rapidité effrayante.

Symptômes a l'entrée. — Maigreur excessive; grande pâleur; anxiété dans les traits; peau sèche; urine blanche et trouble, ayant une densité spécifique de 1010, laissant déposer un sédiment reconnu purulent à l'aide du microscope, et donnant un caillot abondant quand on la chauffe ou qu'on y verse de l'acide nitrique. Le malade se plaint de douleur, d'une sorte de tiraillement à l'hypogastre et dans la région lombaire droite; en outre, il souffre à l'extrémité de la verge pendant et de suite après la miction. Langue humide et rosée. Léger mal de gorge; les amygdales sont hypertrophiées et couvertes de pus. L'estomac est très sensible à la pression et des vomissements surviennent après les repas. Selles régulières. En explorant la poitrine, on trouve de la matité au sommet du poumon droit, en avant et en arrière. A l'auscultation, on entend des râles sibilants sous la clavicule, où la résonnance vocale est un peu exagérée. Petite toux, sans expectoration. Pouls à 88, suffisamment fort. Bruits cardiaques faibles, ayant leur maximum d'intensité sur le sternum, et même un peu à droite; ils n'offrent d'ailleurs rien d'anormal. *Tisane de graine de lin. Toucher l'arrière-gorge avec une solution de nitrate d'argent. Bon régime.*

Marche de la maladie. — 25 *juillet*. La gorge a été touchée trois fois avec le nitrate d'argent, et elle est presque guérie. La douleur à la région hypogastrique a disparu; il reste seulement un sentiment de faiblesse dans la région lombaire droite. L'urine offre toujours une teinte laiteuse, elle contient moins d'albumine; pesanteur spécifique 1007. *Badigeonner la région lombaire avec de la teinture d'iode. Décoction d'uva ursi, un demi litre; en prendre 30 grammes quatre fois par jour.* — 8 *août*. Toute la semaine dernière, le malade a eu des nausées, des vomissements et de la diarrhée. — 12 *août*. Depuis quelques jours, il a des frissons suivis de chaleur à la peau et de transpiration. Ces accès fébriles durent une couple d'heures et reviennent régulièrement à deux heures après midi. On prescrit: *Sulfate de quinine, 2 grammes. Confection de roses, q. s. pour faire 20 pilules. En prendre deux toutes les six heures, durant les intervalles de la fièvre.* La diarrhée persistant, le malade prend la potion suivante: *Teinture de cachou, 24 grammes. Solution de chlorhydrate de morphine, 8 grammes. Confection aromatique, 4 grammes. Mixture de craie, 180 gramm. Une cuillerée trois fois par jour.* — 19 *août*. Moins de diarrhée; urines moins troubles, non coagulables par la chaleur ni par l'acide nitrique; densité 1009. — 21 *août*. Le malade s'est affaibli graduellement, par suite de la révolte de l'estomac contre tout aliment, même contre un peu de vin. La diarrhée a reparu. Quelques râles muqueux s'entendent sous la clavicule droite, toutefois l'expectoration est insignifiante. Depuis deux jours il est survenu une prostration profonde; le pouls est parfois à peine sensible; l'intelligence pourtant reste intacte. Ce matin à quatre heures, le malade a rendu le dernier soupir.

Autopsie. — Cinquante huit heures après la mort.

Corps très amaigri. Raideur cadavérique très prononcée.

Thorax. — *Péricarde* normal, renfermant une dixaine de grammes de sérosité citrine. *Cœur* petit et flasque, valvules intactes; substance musculaire pâle, offrant une striation imparfaite et une foule de petits granules graisseux, sous le microscope. *Plèvre gauche* normale. *Plèvre droite* offrant des adhérences épaisses et générales avec le poumon, toutefois plus marquées à la base et au sommet. *Poumon droit* petit, affaissé sur lui-même, mais excessivement emphysémateux le long de son bord libre antérieur. Au sommet, se remarquent de nombreuses cicatrices dures, et, à la coupe, une multitude de noyaux tuberculeux à tous les degrés, les

uns commençant à se ramollir, d'autres au contraire en voie de s'indurer et de guérir. A deux ou trois centimètres du sommet, il existe une petite caverne du diamètre d'une noisette. Le *poumon gauche* est volumineux, très emphysémateux, offrant des cicatrices solides et dures à sa partie supérieure. A la coupe, on y découvre aussi des amas de matière tuberculeuse, mais à un état plus latent que dans le poumon droit.

Abdomen. — *Le foie* a son volume normal, mais est en voie de subir la dégénérescence graisseuse; son tissu est pâle et friable, et, au microscope, ses cellules apparaissent chargées de globules adipeux. Rate normale. Petits intestins intacts, quoique légèrement congestionnés vers leur extrémité inférieure. *Les gros intestins* ont leur muqueuse congestionnée, épaissie et ulcérée sur plusieurs points, particulièrement le long du côlon descendant, de la courbure sigmoïde et du rectum. Les ulcérations sont petites, à bords un peu relevés, et paraissent en voie de réparation. *Le rein droit* est notablement hypertrophié, tout-à-fait lisse, et adhère intimement à sa capsule. Au moment où l'on coupe l'urétère, du pus s'échappe du bassinet en quantité considérable. Après avoir fendu le rein, on y voit plusieurs ulcérations de la dimension d'une fève ou d'une petite noix. Le contenu de ces excavations varie; les unes renferment un pus séreux et diffluent, d'autres une matière semblable à de la bouillie. L'urétère, du côté de la glande, est hypertrophié et atteint la grosseur du petit doigt. Cet épaississement s'étend même le long du trigone vésical; au reste, ce conduit est parfaitement libre, seulement il est rempli de pus. Le *rein gauche* est petit et lobulé. La substance glandulaire a disparu en grande partie et laissé à sa place une vaste cavité entourée d'une couche du tissu rénal n'excédant pas huit millimètres d'épaisseur. Cette caverne est remplie d'une matière caséeuse semblable à du mastic de vitrier. L'urétère est obstrué dans toute sa longueur, sauf sur un espace de cinq centimètres immédiatement au-dessus de la vessie; toutefois, ce conduit a conservé son épaisseur normale. La paroi musculaire de la *vessie* est un peu hypertrophiée, principalement autour de l'orifice de l'urétère droit. La muqueuse est congestionnée et très ramollie. La vessie contenait environ 180 grammes d'un liquide épais, trouble, semi-purulent.

Commentaire. — Ce dernier cas forme un certain contraste avec le précédent, en ce sens que la lésion affecta ici une marche beaucoup plus lente, sans doute à cause de la jeunesse du sujet. Bien plus, malgré l'excessive désorganisation constatée dans les reins à l'autopsie, ce n'est pas tant à cette lésion que le sujet a succombé, qu'à l'affection intestinale et à l'épuisement causé par la diarrhée colliquative. Nonobstant la constitution scrofuleuse du sujet, le rein gauche présentait évidemment les premiers indices de ces modifications qui précèdent communément la guérison des abcès scrofuleux dans ces glandes comme dans les autres organes internes. La matière purulente avait déjà acquis la consistance de mastic de vitrier, par suite de l'absorption de la plus grande part de l'élément organique et de l'accumulation de l'élément minéral. C'est de cette manière que se forment ces noyaux crétacés que l'on rencontre assez souvent dans les reins, où ils existent à l'état latent, entourés d'une sorte de kyste les isolant du reste du parenchyme glandulaire, lequel de son côté continue à accomplir sa fonction. On a vu le rein tout entier être complétement détruit et converti en une masse calcaire. J'ai en ma possession un spécimen curieux en ce genre, trouvé chez un individu guéri de son affection, et dont l'autre rein était complètement sain dans sa texture,

mais hypertrophié. En somme, la guérison spontanée des dépôts tuberculeux dans le rein présente la même histoire pathologique que les lésions du même genre dans les poumons, t. II, p. 253. Les rides, les cicatrices, les concrétions crétacées et calcaires qu'on y trouve, possèdent absolument la même signification. Les principes généraux du traitement devront donc aussi être les mêmes, et consister à soutenir les forces par les moyens analeptiques, en particulier par l'huile de foie de morue, de façon à mettre la nature en état de mener à bonne fin son œuvre de réparation. Telle devra être régulièrement la première et constante préoccupation du médecin; il ne négligera pourtant point les moyens propres à combattre les symptômes rénaux, seulement il devra constamment subordonner ceux-ci aux premiers. Malheureusement, chez notre malade, il nous a été impossible de nous conformer à ces indications, à cause de la grande irritabilité du tube intestinal et en particulier de l'estomac.

L'observation CLXVI présente un autre exemple de la même affection.

Obs. CLXXXIII (1). *Néphrite calculeuse et abcès gangréneux du rein droit. — Dégénérescence cireuse du foie. — Fistule recto-vésicale.*

Commémoratif. — James Allan, 25 ans, chaudronnier, fut admis à la clinique le 18 août 1848. A l'âge de trois ans, M. Liston lui a fait l'opération de la lithotomie. Depuis lors il n'avait jamais été malade lorsque, il y a trois ans, à la suite d'un grand effort dans un assaut de force, il ressentit tout-à-coup une vive douleur dans le flanc droit, juste au-dessous des côtes. Bientôt après, ses urines devinrent troubles et fortement colorées. La douleur cessa au bout de trois mois, mais le trouble dans les urines persista. Un intervalle de six mois s'écoula, et il fut de nouveau repris des mêmes symptômes. Cette seconde attaque, dont la durée fut également de trois mois, survint après avoir avalé un verre d'esprit-de-vin. Au bout d'un nouvel intervalle de six mois, la douleur et les symptômes urinaires reparurent encore, et n'ont plus guère discontinué depuis lors. Cet homme a été dans les salles de chirurgie durant plusieurs mois; à diverses reprises on a exploré sa vessie, mais sans y rencontrer de calcul. Il a été observé de temps en temps qu'un peu d'air s'échappait de l'urèthre avec l'urine, et celle-ci exhalait une forte odeur de gangrène. Cet homme a quitté le service de chirurgie au mois de mai dernier, et son état général s'était légèrement amendé; parfois même les urines sont redevenues claires et naturelles. Il y a une quinzaine de jours, il est allé se baigner dans la mer et fut saisi de frissons suivis de fièvre, ainsi que des autres symptômes déjà notés et qui persistent encore.

Symptômes a l'entrée. — Facies pâle, terreux, portant le cachet d'un profond abattement, un certain degré de maigreur, tout chez cet homme indique une affection chronique. Il se plaint de fortes douleurs et d'une vive sensibilité sous la pression à la région lombaire droite. Cette région est d'ailleurs le siège d'un certain empâtement et d'une légère intumescence. La matité hépatique est de seize centimètres dans le sens vertical; le bord inférieur de l'organe descend jusqu'au niveau de l'ombilic et s'étend en travers de l'abdomen jusque dans l'hypochondre gauche. Il n'a jamais existé d'élancements douloureux dans la vessie ni s'irradiant vers cet organe. Cependant, la miction est suivie parfois d'un peu de douleur; les envies d'uriner

(1) Recueillie par M. Frederick Hunter, élève du service.

reviennent généralement toutes les heures et n'amènent l'expulsion que d'une très petite quantité d'urine. Ce liquide est trouble, d'un jaune sale, très fétide, à réaction acide, ayant une densité spécifique de 1017, fortement coagulable, et laissant déposer par le repos une épaisse couche de sédiment composé de pus et de mucus. Pouls à 108, mou. Langue chargée d'un enduit blanchâtre. Appétit conservé. Autres fonctions normales. *Presc.: Tartre stibié*, 0,13 *centigrammes. Eau*, 240 *grammes. F. diss. En prendre* 15 *grammes toutes les trois heures. Appliquer huit sangsues au siége de la douleur et les faire suivre de fomentations chaudes.*

Marche de la maladie. — 20 *septembre*. La médication a été suivie d'un amendement notable de la douleur locale, cependant elle se fait encore sentir de temps en temps avec violence. Il était survenu une petite diarrhée, à laquelle on a opposé avec succès une mixture calcaire aromatique. Plusieurs fois aussi on a administré 0,50 *centigrammes, de poudre de Dover*, le soir. — 3 *octobre*. Il y a deux jours, il est survenu des frissons et des douleurs aiguës dans la région lombaire droite. Les urines qui s'étaient éclaircies dans ces derniers temps sont encore une fois redevenus troubles, fétides et chargées de pus et de mucus. L'appétit a disparu. Soif vive; vomissements fréquents; pouls à 120, mou. On donne une *potion saline avec un peu d'antimoine*. — 6 *octobre*. Les douleurs persistent, et empêchent tout sommeil; une certaine anxiété est peinte sur la figure; les vomissements ont diminué, mais aucun aliment n'est supporté et les forces déclinent sensiblement. *Presc.: Poudre de Dover*, 0,65 *centigrammes, à l'heure du coucher. Boissons nutritives.* 120 *grammes de vin par jour. Fomentations chaudes sur le côté.* — 10 *octobre*. La douleur locale a un peu diminué. Il est survenu de la diarrhée. *Presc.: Acide gallique*, 2 *grammes. Opium* 0,75 *centigrammes. Conserve de roses q. s. pour faire* 12 *pilules. En prendre une toutes les six heures.* — 15 *octobre*. Le malade s'est affaissé graduellement et a rendu le dernier soupir ce matin.

Autopsie. — Quarante-huit heures après la mort.

Thorax. — Le péricarde renferme environ quatre grammes de sérosité louche, tenant en suspension quelques flocons de lymphe. Poumons et cœur sains.

Abdomen. — Le *foie* est considérablement hypertrophié et a subi la dégénérescence cireuse. Son tissu est pâle, dense, et les coupes qu'on y pratique présentent une surface unie. On trouve le lobe droit adhérent au côlon, et en essayant de l'en détacher, on fait jaillir un flot de pus. Celui-ci provient d'un vaste abcès du *rein droit*, d'où il est sorti au moins un quart de litre de matière granuleuse. La paroi supérieure de la poche est formée par le foie lui-même, dont une portion à la face inférieure et postérieure a été absorbée. La paroi postérieure est adhérente au muscle carré des lombes, et la paroi antérieure au côlon transverse et à l'extrémité pylorique de l'estomac. Tout l'intérieur de cette cavité est tapissé de lambeaux de tissu gangréné, d'une couleur roussâtre foncée, exhalant une odeur repoussante. La substance glandulaire du rein a entièrement disparu, excepté à son extrémité inférieure; tout le reste de l'organe est converti en une structure fibro-cystique, très dense en certains endroits. Deux des kystes renfermaient des calculs d'acide urique; l'un d'eux atteint le volume et a la forme de deux noix unies ensemble par un col rétréci; les autres sont gros comme des noisettes, de forme angulaire mais avec leurs arêtes arrondies; les calculs baignaient dans du pus et se projetaient en partie dans une sorte d'entonnoir, probablement le bassinet du rein converti en un sac fibreux et encore en communication avec l'urétère. La *vessie* présente à son col une cicatrice, dans la situation usuelle à la suite de la lithotomie. A environ cinq centimètres plus haut, surgissent trois petites excroissances muqueuses, grosses comme des pois. A leur centre se trouve une petite dépression dans laquelle on engage avec facilité une stylet fin, lequel pénètre en arrière et de bas en haut à travers le tissu cellulaire, jusque dans le

rectum. La muqueuse rectale autour des orifices fistuleux est fortement vascularisée et recouverte d'un exsudat plastique formant un anneau de dix centimètres autour du conduit. Le *rein gauche* pèse 420 grammes, et n'est le siège d'aucune altération. Les autres organes n'offrent rien d'anormal.

Commentaire. — Les symptômes locaux et généraux présentés par cet homme étaient si manifestes, que je n'ai pas douté un instant de la présence d'un calcul enchassé dans son rein droit, et de la formation d'un abcès consécutif. La récurrence des frissons et de la fièvre, en compagnie des douleurs lancinantes s'irradiant vers l'aine droite et la vessie; les vomissements; les urines bourbeuses, sanguinolentes, purulentes, exhalant une odeur de gangrène; l'intumescence notable et la grande sensibilité à la pression dans la région lombaire, enfin l'historique tout entier de la maladie formaient un groupe de phénomènes en face desquels s'imposait le diagnostic d'une néphrite calculeuse. Notre conviction à cet égard était si bien arrêtée qu'à plusieurs reprises, nous agitâmes la question de la néphrotomie, comme étant le seul moyen de venir en aide à ce malade; d'autant plus que tous les autres organes étaient sains, à l'exception du foie.

L'autopsie, dans ce cas, nous offrait donc un bien grand intérêt, elle est venue confirmer notre diagnostic. Elle nous a révélé en outre l'hypertrophie du rein gauche, mais une hypertrophie physiologique, la fonction de cet organe ayant dû être doublée par suite de la destruction de son congénère. Le foie était augmenté de volume et le siège d'une dégérescence cireuse. Il existait enfin une fistule recto-vésicale, ayant provoqué l'inflammation de la muqueuse du rectum et vraisemblablement la diarrhée observée dans les derniers jours. Aujourd'hui plus que jamais, il me paraît qu'une intervention chirurgicale eût été possible, en faisant la néphrotomie d'après le procédé de Marchetti (1), d'autant plus que les calculs étaient libres et baignaient au sein du contenu purulent des kystes; cependant l'hypertrophie du foie militait sérieusement contre une telle entreprise. Mais ici, comme pour l'ovariotomie, la difficulté capitale gît dans le diagnostic. Or, j'étais arrêté à cet égard, six semaines avant la terminaison fatale, alors que la santé générale ne laissait pas encore trop à désirer. Le traitement médical d'une semblable affection se limite tout au plus à des moyens palliatifs. Comme on ne connait jamais le volume des calculs, il est toujours rationnel d'avoir recours aux boissons diluentes, dans le but de favoriser leur descente le long des urétères dans la vessie. Au moins, cette pratique doit-elle avoir pour effet de balayer le pus qui s'accumule dans le bassinet du rein, pourvu, toutefois, qu'une portion de l'organe soit encore en état de fonctionner plus ou moins normalement.

(1) On trouve dans les *Philosophical Transactions*, octobre 1696, le récit d'une opération pratiquée à un gentleman pour lui extraire une pierre du rein. Cette observation est accompagnée d'une courte notice sur l'opération de la néphrotomie et sur son ancienneté, par C. Bernard.

Obs. CLXXXIV (1). *Pyélite chronique. — Kystes dans les reins. — Dilatation des urétères. — Ulcération fongoïde de la vessie.*

Commémoratif. — Jane Watson, 74 ans, veuve, fut admise à l'Infirmerie le 15 novembre 1852. Pour autant qu'on puisse s'en rapporter au dire de la malade, dont les facultés mentales paraissent beaucoup affaiblies, son affection actuelle remonte à huit mois. En effet, vers ce temps là, ayant passé une nuit sur de la paille humide, elle s'éveilla avec des frissons, des douleurs dans le dos et dans les grandes articulations. A la suite de ce refroidissement, la sécrétion de l'urine se trouva beaucoup diminuée; l'excrétion de ce liquide était fréquente et douloureuse. Ces symptômes durèrent environ quatre semaines, après quoi la sécrétion augmenta sensiblement et la dysurie se dissipa. Cependant, depuis trois mois, les urines sont parfois mêlées de sang, puis au bout de quelques jours redeviennent naturelles. Depuis le début de son mal, la patiente a souffert constamment dans la région du rein droit, et la douleur est toujours plus aiguë quand les urines contiennent du sang.

Symptômes a l'entrée. — Aspect cachectique, grande maigreur. Langue humide, fendillée au centre; soif vive; appétit mauvais; constipation. Forte douleur et vive sensibilité à la pression dans la région lombaire droite, où l'on sent un certain empâtement. L'urine rendue en abondance offre une densité de 1010; sa réaction est alcaline; elle se coagule rapidement sous l'action de la chaleur et de l'acide nitrique. Elle est trouble au moment où elle vient d'être rendue, mais elle dépose bientôt un sédiment épais, jaunâtre, d'aspect gélatineux, dans lequel on reconnait au microscope une multitude de globules de pus, des cellules granuleuses et des cylindres exsudatifs chargés de granulations. Lorsque la vessie est à moitié vidée, il se produit fréquemment et tout d'un coup un arrêt dans le jet du liquide, suivi aussitôt d'une vive douleur à l'hypogastre, se propageant vers les cuisses et particulièrement vers la cuisse droite. Pouls à 90, de force moyenne. Bruits cardiaques faibles mais normaux. Rien à noter du côté des autres fonctions. La vessie a été explorée par M. Syme, lequel y a reconnu un large ulcère occupant la base et le col. Prescr. : *Teinture de jusquiame, 24 grammes. Teinture d'opium, 8 grammes. Mucilage et eau, de chaque 180 grammes. M. En prendre 30 grammes trois fois par jour.*

Marche de la maladie. — 18 *novembre.* La malade reste dans le même état; les urines conservent les mêmes caractères. *Cesser la mixture de jusquiame.* Prescr. : *Acétate de potasse, 15 grammes. Esprit d'éther nitrique, 12 grammes. Mucilage et eau, de chaque 180 grammes. M. En prendre 30 grammes toutes les quatre heures.* Prescr. : *Solution de chlorhydrate de morphine, 4 grammes. Mixture camphrée, 30 grammes. M. En prendre la moitié à l'heure du coucher et le reste trois heures après, s'il en est besoin. Fomentations chaudes sur les lombes.* — 21 *novembre.* Les fomentations ont été suivies d'un soulagement marqué; la nuit a été bonne. Les cylindres exsudatifs ont disparu des urines, mais on y constate encore un petit nombre de cellules granuleuses, des globules de pus, des corpuscules sanguins et quelques cristaux de phosphate tribasique. La densité de l'urine reste à 1010; ce liquide contient toujours beaucoup d'albumine et exhale une forte odeur putride immédiatement après son émission. — 24 *novembre.* La sécrétion urinaire a beaucoup diminué, mais n'a pas changé de caractère. Il reste toujours de la douleur et de la sensibilité à la pression dans la région lombaire droite. Envies fréquentes d'uriner; la première partie de la miction se fait avec assez de facilité, mais vers la fin, le liquide coule lentement et la malade doit appuyer sur son ventre pour vider la vessie; en même temps, elle éprouve des élancements

(1) Recueillie par M. Robert Francis M'Russel, élève de service

douloureux dans la vulve et le long de la face interne des cuisses jusqu'au genou. Affaiblissement plus marqué. Pouls à 96, faible. *Donner* 120 *grammes de vin.* — 28 *novembre.* Même état. L'urine contient toujours beaucoup d'albumine ; examinée au microscope, elle présente : 1°, un grand nombre de cylindres exsudatifs avec fines granulations moléculaires; 2°, des groupes de globules de pus désagrégés ; 3° des cristaux de phosphate tribasique ; 4° des cellules granuleuses; 5° des globules sanguins. — 4 *décembre.* Selles et urines involontaires; appétit un peu meilleur; pouls à 85, faible. *On continue les fomentations chaudes.* 180 *grammes de vin.* — 8 *décembre.* Déjections involontaires ; même endolorissement de la région lombaire; un peu d'appétit; pouls à 90, un peu plus fort. — 13 *décembre* L'appétit se perd depuis deux ou trois jours; la douleur à la région du rein droit persiste; les déjections s'échappent dans le lit. On n'a pu recueillir que trente grammes d'urine pour l'examiner; elle est toujours très coagulable et présente les mêmes caractères au microscope, seulement il y a plus de globules de sang. Pouls à 100, très faible. — 23 *décembre.* Affaiblissement progressif. Mort ce matin.

Autopsie. — Cinquante heures après la mort.

Corps émacié.

Thorax. — Le *péricarde* contient environ 60 grammes de sérosité. Le *cœur* est petit et chargé de graisse ; les valvules et l'endocarde ne sont le siège d'aucune altération. Le *poumon gauche* offre de légères adhérences au sommet; les lobes moyen et inférieur du *poumon droit* présentent de fortes adhérences en arrière. Le parenchyme pulmonaire est partout crépitant, excepté au sommet du poumon gauche où il existe quelques noyaux indurés ayant l'aspect de tubercules anciens. Les bronches sont remplies d'un mucus spumeux. L'*aorte* dans toute son étendue, ainsi que les deux artères iliaques primitives, offrent de nombreux dépôts calcaires, principalement la crosse et la portion thoracique.

Abdomen. L'*estomac et les intestins* sont intacts. Le *pancréas* est pâle. La *rate* est très petite. Le *foie* est petit, congestionné, et son tissu densifié. Les *glandes lombaires* considérablement hypertrophiées, sont gorgées d'un suc jaunâtre, opaque, évidemment de nature purulente, mais nulle part réuni en abcès. Les *reins* offrent leur volume normal; les deux urétères sont dilatés et gros comme des plumes d'oie ; les bassinets ont atteint un développement triple ou quadruple de l'état normal. La substance corticale et tubulaire est en conséquence diminuée d'autant ; plusieurs des pyramides sont irrégulières et tortueuses, mais leur disposition striée reste bien distincte ; la substance corticale est pâle; les corps de Malpighi et les stries paraissent exsangues. La surface est lisse, mais la capsule est plus adhérente qu'à l'ordinaire. En examinant avec soin à l'œil nu une coupe de ces organes, on découvre dans la substance corticale une multitude de petits kystes allant depuis le plus petit point visible jusqu'à trois millimètres de diamètre, spécialement dans les parties superficielles. La *vessie* a conservé sa capacité normale, seulement ses parois sont très épaissies; la muqueuse présente dans toute son étendue un aspect fongoïde, mou et ulcéré, et a perdu toute apparence de sa structure propre.

Examen microscopique. — On découvre des kystes n'ayant pas plus de 0mm004 de diamètre et offrant tous les caractères des productions cystiques. Les corps de Malpighi sont ratatinés, opaques et exsangues ; on n'y distingue aucune sorte de dépôt, mais leur membrane et les noyaux sont hypertrophiés. Quelques uns des tubes urinifères offrent un épaississement et un engorgement épithélial analogue, y produisant une certaine opacité, mais on ne voit nulle part de dépôt granulaire. Quand après avoir bien lavé ces tubes on les examine séparément, la plupart paraissent unis. Les cellules épithéliales sont petites et comprimées, quoique en

général régulièrement disposées et normalement formées. En quelques endroits, on découvre des traces d'un exsudat moléculaire et granulaire, mais dans une proportion insignifiante.

Commentaire. — La complication d'une affection rénale et d'une maladie de la vessie, que nous venons de constater ici, est loin d'être rare chez les personnes âgées. Il en résulte facilement une obstruction de l'urétère à son embouchure dans la vessie, la distension de ce conduit et l'accumulation de l'urine dans le bassinet du rein, enfin, comme dernières conséquences, l'inflammation et la distension de celui-ci, la compression de la substance glandulaire et finalement son atrophie. Cette lésion vient-elle à se produire des deux côtés, aboutit nécessairement à un trouble de la fonction uropoïétique incompatible avec la vie. L'affection chronique de la vessie de laquelle dépend en grande partie la complication rénale, n'est guère susceptible d'être traitée que par des moyens palliatifs.

La formation de *kystes dans les reins* peut dépendre de différentes causes : 1° d'une obstruction plus ou moins forte des tubuli urinifères, et partant de l'accumulation du produit de la sécrétion allant jusqu'à former des poches ou kystes délinitifs ; 2° d'une accumulation de liquide dans les sacs entourant les corps de Malpighi, les transformant en kystes permanents ; 3° de l'hypertrophie des cellules chargées de la sécrétion, lesquelles, à la façon de ce que nous avons constaté dans l'ovaire, se distendent par du liquide, et compriment le reste des éléments normaux jusqu'à les atrophier et arriver en contact les unes avec les autres.

1. Les obstructions rencontrées dans les tubes urinifères sont de diverse nature : des exsudats coagulés, du pus, du sang, des cellules épithéliales altérées, des sels divers tels que carbonates, urates, phosphates, etc., etc. Les petits foyers hémorrhagiques si fréquents à la surface des reins malades proviennent le plus souvent d'une extravasation sanguine dans les extrémités enroulées des tubuli. Parfois, les dépôts minéraux forment de petits calculs, et donnent le plus souvent aux cônes tubulaires un aspect blanchâtre. Les recherches microscopiques démontrent que c'est là une cause fréquente de la formation de kystes. Le volume de ces kystes varie depuis la grosseur d'un grain de millet jusqu'à celle d'une orange, et naturellement, la destruction de la substance glandulaire est proportionnelle à leur nombre et à leurs dimensions. La nature de leur contenu est également très variable : les uns renferment de la sérosité, d'autres du pus, d'autres encore du sang, des exsudats fibrineux, de la matière colloïde ou graisseuse, des liquides tenant en suspension divers cristaux de cholestérine ou de margarine, des phosphates, des urates, etc. J'ai fréquemment rencontré ensemble toutes les formes représentées dans la figure ci-jointe et parfois des corps radiés comme dans la fig. 358.

2. Les capsules entourant les corps de Malpighi se laissent parfois distendre par du liquide et donnent ainsi naissance à une multitude de petits kystes ; j'ai constaté le fait bien des fois, et je conserve des préparations qui le démontrent surabondamment. Dans les reins que nous venons

d'examiner, les kystes sont partout très nombreux et disséminés dans toute la substance corticale. Ils paraissent résulter d'une obstruction ayant son siége au commencement du conduit excréteur; toutefois je ne l'ai pas constatée positivement. Le liquide s'amasse en dehors de la membrane,

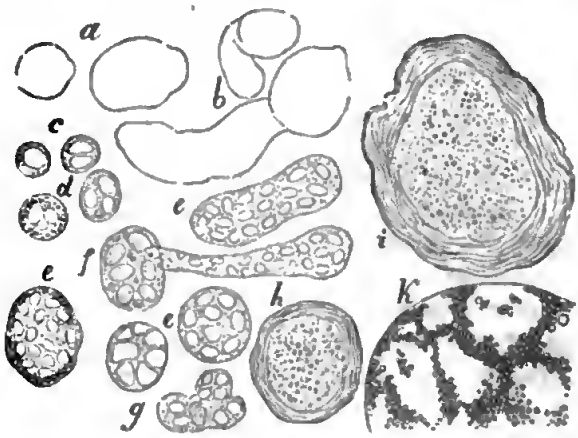


Fig. 511.

en contact immédiat avec la touffe de vaisseaux constituant le corpuscule de Malpighi et à l'intérieur d'une autre membrane continue avec la membrane basique de ce dernier. Au fait, ces sortes de cas semblent faits pour démontrer que l'ampoule entourant le corpuscule de Malpighi est réellement double et forme un sac séreux clos dans la cavité duquel le liquide s'accumule. Ce liquide est invariablement clair et en quantité plus ou moins notable, toutefois ces kystes dépassent rarement le volume d'un petit pois. A mesure que la poche se distend, la touffe vasculaire subit une certaine compression et s'atrophie; il en résulte bientôt une insuffisance du fonctionnement sécrétoire de l'organe.

3. La troisième forme de productions kystiques du rein a manifestement son origine dans les cellules sécrétoires elles-mêmes. Le parenchyme de l'organe en paraît alors infiltré et rappelle assez bien une coupe de l'ovaire avec ses vésicules de Graaf. Beaucoup de ces cellules conservent encore leur noyau, tandis que d'autres l'ont perdu. M. Simon, de Londres, qui a le premier décrit cette forme de kystes, explique leur production de la manière suivante — « Certaines affections du rein, parmi lesquelles une des plus fréquentes est un état inflammatoire subaigu, tendent à produire l'obstruction des tubes urinifères; cette obstruction entraîne directement ou indirectement la rupture de la membrane propre du tube et dès lors, la production cellulaire, qui normalement devait se faire à l'intérieur du

Fig. 511. Éléments observés dans certains kystes des reins : *a* et *b*, masses colloïdes transparentes anhistes; *c* à *g*, corps colloïdes composés d'un ou de plusieurs noyaux au sein d'une matière albumineuse; *h* et *i*, masses colloïdes entourées de lamelles concentriques; *k*, masse colloïde avec des granules graisseux offrant une disposition aréolaire. (Wedl.) 350 *diam.*

tube, continue à s'effectuer en dehors dans le parenchyme, mais avec certaines modifications » (1).

Ces diverses sortes de kystes du rein, soit réunis, soit séparés, s'associent assez souvent à une autre lésion dont nous allons nous occuper : la maladie de Bright.

ALBUMINURIE PERSISTANTE OU MALADIE DE BRIGHT.

La présence d'albumine dans les urines chez certains hydropiques, fut signalée la première fois par le Dr Wells de St-Thomas's Hospital (2), et par le Dr Blackhall, d'Exeter ; mais ce fut le Dr Bright qui découvrit la relation de l'hydropisie avec une affection des reins, et il donna une description exacte des phénomènes et des lésions morbides de cette maladie à laquelle son nom demeura attaché. Les observations faites bientôt après par Christison, par Martin Solon, par Rayer et plus tard par Gluge, Johnson, Simon, Frierichs, etc. ont montré que les altérations rénales s'accompagnant d'albuminurie sont multiples. Les unes dépendent d'une forme d'inflammation aiguë ou chronique (voir Néphrite), d'autres se rapportent à ce que nous appelons aujourd'hui dégénérescence graisseuse et dégénérescence cireuse (amyloïde). Dans le choix des observations d'albuminurie, je me suis proposé surtout de vous faire suivre la marche naturelle de l'affection, et de vous montrer à l'œuvre les moyens à l'aide desquels une médication judicieuse conduit parfois à la guérison. D'autre part aussi, vous verrez des exemples où cette affection, comme il arrive trop souvent, s'est montrée rebelle et a finalement abouti à une terminaison fatale. Des considérations pathologiques et thérapeutiques termineront l'exposé des faits recueillis au lit des malades.

Obs. CLXXXV (3). — *Albuminurie. — Anasarque. — Œdème du poumon. — Guérison.*

Commémoratif. — Élisabeth Brady, 36 ans, cuisinière, entrée le 19 mars 1854, avait toujours joui d'une bonne santé lorsqu'il y a quatre semaines, après avoir été exposée au froid et à l'humidité, elle fut saisie de frissons, de toux et de douleurs dans la poitrine. Trois jours après, ses pieds commencèrent à s'enfler et peu à peu l'œdème envahit tout le corps.

Symptômes a l'entrée. — La poitrine est bien conformée. La respiration est un peu laborieuse. La percussion décèle une sonorité exagérée en avant et au sommet des deux poumons. On trouve une matité prononcée à gauche au-dessous du mamelon et de l'angle inférieur de l'omoplate. En appliquant le stéthoscope dans la région de la matité, on y entend de fins râles crépitants. Inspiration rude et expiration prolongée dans le reste du poumon gauche. Pouls à 100, petit et dur. Bruits cardiaques normaux. Langue chargée d'un enduit brun ; nausées et aversion pour

(1) Medico-Chirurgical Transactions, vol. XXX. p. 132.

(2) Trans. of a Society for promoting Medical and Surgical Knowledge, vol III, pp. 147, 167.

(3) Recueillie par M. W. W. Clark, élève du service.

Digitized by Google

les aliments; constipation. Urines peu abondantes, d'une densité de 1028, troubles au moment de leur émission et déposant par le repos un sédiment copieux, formé en grande partie par de l'urate d'ammoniaque et quelques cylindres desquamatifs; la chaleur et l'acide nitrique y produisent un coagulum abondant. La menstruation est toujours régulière. La peau est chaude, la face empourprée et enflée; l'anasarque est générale, les extrémités inférieures surtout sont œdématiées et conservent l'empreinte du doigt qu'on y appuie.

Marche de la maladie. — 21 *mars. On prescrit une saignée du bras de* 360 *gr.* Prescr. : *Poudre de Dover*, 1 *gramme* 25 *centigrammes. A prendre tous les soirs.* — 22 *mars.* Il a été extrait 450 grammes de sang, aussi le pouls est-il rapidement tombé à 70. La malade se sent beaucoup soulagée. La poudre de Dover a produit un peu de sommeil, mais pas de transpiration. Le sang n'est pas couenneux. L'urine très abondante, continue à présenter un sédiment épais. Pouls à 90, mou et faible. Prescr. : *Acétate de potasse*, 4 *grammes. Ether nitrique alcoolisé*, 22 *grammes. Sirop d'écorces d'oranges*, 30 *grammes. Eau*, 120 *grammes. M. En prendre* 30 *grammes, trois fois par jour.* Prescr. : *Poudre de gomme-gutte*, 0,30 *centigr. Bitartrate de potasse*, 8 *grammes. M. A prendre à l'heure du coucher.* — 23 *mars.* Il s'est produit des évacuations alvines; l'aspect général est beaucoup meilleur et la face notablement moins enflée. Urine moins trouble et plus abondante. *Cesser la potion. Prendre toutes les six heures une pilule de scille et digitale.* — 24 *mars.* La toux est beaucoup diminuée et l'amélioration très sensible. *Reprendre la poudre purgative ce soir.* — 26 *mars.* L'urine dépose très peu et, au microscope, on n'y découvre plus de cylindres; densité spécifique 1018. Léger nuage albumineux sous l'action de la chaleur et de l'acide nitrique. L'appétit se prononce. — 29 *mars.* En examinant la poitrine ce matin, on ne retrouve plus de matité dans le côté gauche; la respiration y est d'ailleurs normale. Inspiration rude sous la clavicule droite. Urines sans changement. *Continuer les pilules de scille et digitale et prendre* 2 *grammes de bitartrate de potasse trois fois par jour.* — 3 *avril.* La malade n'a plus pris de médicaments depuis deux jours; elle entre en convalescence. *Régime des viandes rôties.* — 8 *mai.* Il est survenu, aujourd'hui, des douleurs à l'épigastre et des vomissements; constipation; pouls naturel; aucune trace d'albumine dans l'urine, densité spécifique 1008; plus de cylindres desquamatifs. Menstruations un peu trop fréquentes et flueurs blanches dans les intervalles. Prescr. : *Naphte médicinal*, 4 *grammes. Teinture de cardamome composée*, 30 *grammes. Eau*, 150 *grammes. M. En prendre une cuillerée, en cas de vomissements.* Prescr. : *Carbonate de magnésie*, 2 *grammes. Eau de cannelle*, 30 *grammes. Infusion de sené composée*, 8 *grammes. M. A prendre en une fois à l'heure du coucher. Cesser les autres médicaments.* — 20 *juillet.* L'urine n'a plus jamais présenté d'albumine. L'œdème est dissipé, mais les pieds se gonflent facilement lorsque la station est un peu prolongée. La santé générale est bonne. Sortie.

Commentaire. — En reprenant le service de la clinique, à la suite du Dr Christison, le 1er mai 1854, je trouvai posé le diagnostic d'une albuminurie. Cependant, en examinant les urines le 8, je ne découvris aucune trace d'albumine, ni même le moindre cylindre au microscope. Mais en consultant l'historique du cas, tel qu'il est consigné dans le registre de la salle, il est clair que cette femme a été atteinte d'une albuminurie et d'une affection chronique des reins. La maladie, bien prononcée le 21 mars, avait entièrement disparu dans les premiers jours de mai. Toutefois, il restait de l'œdème aux pieds et certains troubles gastriques; le premier de ces symptômes notamment, reparaissait avec une remarquable opiniâ-

treté toutes les fois que la femme restait un peu longtemps debout, et c'est pourquoi nous l'avons retenue jusqu'au 20 juillet. Afin de mieux comprendre le traitement, il sera bon au préalable, d'étudier les symptômes présentés par quelques autres cas.

Obs. CLXXXVI (1). — *Albuminurie. — OEdème des pieds et des jambes, du bras gauche et de la main. — Guérison.*

Commémoratif. — Robert Lindsay, peigneur de laine, entré le 21 mai 1854, rapporte qu'il y a vingt-trois ans, il a souffert d'une violente attaque de rhumatisme, pour laquelle il a dû garder la chambre durant dix mois. Une fois guéri, il jouit d'une santé excellente jusqu'il y a dix ans; il commença alors à souffrir des symptômes de la pierre. On lui fit l'opération, mais il fut longtemps à s'en remettre et ne put reprendre son travail avant douze mois, et même, durant deux ou trois années, il fut constamment sujet à des frissons qui l'obligeaient souvent à garder la chambre plusieurs jours consécutifs. Cependant, sa santé se raffermit à la longue, et il se portait passablement, lorsqu'il y a trois semaines, il remarqua du gonflement à son poignet gauche; deux jours après, les extrémités inférieures étaient également enflées. En même temps il commença à souffrir d'une douleur sourde dans la région lombaire, douleur qu'il a d'ailleurs ressentie plus ou moins fréquemment depuis son opération. Les urines, vers ce même temps, devinrent peu abondantes et fortement colorées; il avait aussi une légère toux. Il attribuerait volontiers son affection à un refroidissement contracté en nettoyant une machine; au moins, il ne soupçonne aucune autre cause. Il avoue aussi avoir fait assez bien d'excès autrefois, mais depuis son opération il a vécu avec sagesse.

Symptômes a l'entrée. — Les pieds et les jambes sont œdématiés et conservent l'impression du doigt qu'on y appuie. On remarque en outre une légère enflure au bras gauche et à la main. Le sujet se plaint d'une douleur sourde à la région lombaire, principalement du côté gauche. Il urine fréquemment et est obligé de se lever plusieurs fois chaque nuit pour satisfaire ce besoin. La miction ne s'accompagne d'aucune gêne ni difficulté; la densité spécifique de l'urine est de 1011; l'acide nitrique et la chaleur y produisent un coagulum. Le malade se plaint d'une céphalalgie frontale; son sommeil est fréquemment interrompu par des rêves et par des réveils en sursaut. Langue moite et nette; soif vive; appétit défectueux; selles régulières; toux légère, ramenant très peu d'expectoration; poitrine partout sonore à la percussion. Sous les deux clavicules et en arrière au sommet du poumon gauche, on entend des râles sibilants. Il s'est produit de fréquentes palpitations depuis trois semaines, cependant les bruits cardiaques sont naturels. Prescr. : *Teinture de sesquichlorure de fer, 30 grammes. En prendre dix gouttes trois fois par jour.* Prescr. : *Poudre de Dover, 0,65 centigrammes. Délivrer 6 paquets semblables, pour en prendre un matin et soir.*

Marche de la maladie. — 23 *mars.* Ce matin, il est survenu de nombreux vomissements, auxquels a succédé une soif ardente. — 26 *mars.* On prescrit des *pilules contenant à peu près un milligramme de digitaline, pour en prendre une trois fois par jour.* — 28 *mars.* A la suite de la seconde pilule il est survenu des selles nombreuses, ce qui en a fait suspendre l'administration. La quantité d'urine est un peu augmentée. — 4 *avril.* On a prescrit de nouveau les pilules de digitaline, et comme elles donnaient encore lieu à des purgations, il a fallu administrer concurremment un peu d'opium. — 3 *mai.* Depuis la date précédente, l'urine a été examiné à plusieurs reprises et n'a plus offert de trace d'albumine; aujourd'hui, néanmoins, l'acide nitrique et la chaleur y produisent un léger nuage. Ce liquide est pâle, transparent et n'abandonne aucun dépôt; sa densité est de 1014; il en a

Digitized by Google

été rendu plus de deux litres et demi dans les vingt-quatre heures. L'œdème des pieds et des chevilles n'est pas encore entièrement dissipé. La santé générale est beaucoup meilleure. On continue l'usage de la digitaline. — 11 *mai*. Il y a deux jours, on avait prescrit : *Teinture de perchlorure de fer*. 30 *grammes; pour en prendre* 15 *gouttes trois fois par jour*. Aujourd'hui, il a été rendu 1700 grammes d'urine. L'œdème des chevilles et des pieds disparaît, cependant on distingue encore un léger nuage dans l'urine quand on la traite par l'acide nitrique ou par le chaleur. — 13 *mai*. Urine rendue dans les vingt-quatre heures, 2400 grammes. Presc : *Ether nitrique alcoolisé*, 45 *grammes. Eau de potasse et teinture de digitale, de chaque* 8 *grammes. M. En prendre une cuillerée à thé trois fois par jour. Continuer la teinture de perchlorure de fer*. — 19 *mai*. La quantité d'urine rendue dans les vingt quatre heures s'élève à trois litres. — 22 *juin*. L'œdème des pieds a presque disparu. Il a été rendu hier deux litres d'urine, la densité spécifique de ce liquide est de 1014; la chaleur et l'acide nitrique n'y produisent aucune modification apparente. — 26 *juin*. Les pieds et les chevilles se gonflent encore un peu le soir. 1800 grammes d'urine; densité spécifique 1017; aucune trace d'albumine. — 11 *juillet*. Sortie.

Commentaire. — Chez ce malade encore, l'existence d'une albuminurie n'est pas douteuse, bien qu'en reprenant le service de la clinique à la suite du Dr Christison, je n'aie plus trouvé d'albumine dans l'urine, le patient étant en pleine convalescence. L'administration de la digitaline a eu pour effet des superpurgations et une légère augmentation de la sécrétion urinaire. Peu de temps après, l'albuminurie avait disparu complétement; toutefois, chez ce malade comme chez la précédente, l'œdème persista encore quelque temps. Ces deux observations nous montrent donc que les purgatifs et les diurétiques sont parfois très efficaces dans cette maladie.

Obs. CLXXXVII (1). — *Albuminurie. — Œdème. — Ascite et anasarque généralisée. — Coma et convulsions. — Guérison.*

Commémoratif. — Alexandre Strachan, 36 ans, menuisier, entré le 25 octobre 1858, a toujours joui d'une bonne santé. Le 2 octobre, après avoir été exposé au froid et à l'humidité, il fut saisi de frissons, suivis d'une forte toux et d'un peu d'expectoration. Le 6, il remarqua pour la première fois un certain gonflement des extrémités inférieures et, vers le soir, voulant lâcher l'eau, il éprouva une certaine difficulté et rendit environ un demi litre d'urine brunâtre. Le lendemain matin, ce liquide présentait un sédiment peu coloré mais de consistance visqueuse. Comme il avait de la constipation, le médecin qu'il consulta lui prescrivit une dose d'huile de ricin. De nombreuses évacuations alvines s'ensuivirent, mais l'enflure des jambes continua à monter. Le 8, l'urine toujours rendue en petite quantité, présentait encore un sédiment blanc visqueux. Après les jambes, ce fut le tour du ventre à se gonfler; bientôt survint de la difficulté de respirer; enfin le malade se décida à venir à l'infirmerie.

Symptômes a l'entrée. — Œdème très développé aux jambes, ascite et anasarque générale. Toux fréquente et expectoration copieuse, aérée; toutefois, à part quelques fins râles humides et sibilants, les deux poumons sont intacts. La matité et les bruits de cœur sont normaux. Pouls à 70, de force modérée. Douleur sourde à

(1) Recueillie par M. George Shearer, élève du service.

la région des reins. Urine foncée en couleur, fortement albumineuse et déposant un sédiment blanchâtre, très visqueux. Le microscope y montre beaucoup de globules sanguins et de cylindres exsudatifs. Autres fonctions normales. *Ventouses sèches sur les reins, et, trois fois par jour, 4 grammes de poudre de jalap composée.*

Marche de la maladie. — 29 *octobre*. La toux et l'expectoration ont beaucoup diminué mais l'hydropisie est restée à peu près au même point. — 2 *novembre*. On prescrit: 12 *pilules de scille et digitale, pour en prendre une trois fois par jour. Continuer les poudres.* — 7 *novembre*. La quantité d'urine rendue journellement a varié de 600 à 1300 grammes. L'hydropisie est restée au même point. Ce matin à quatre heures, le malade est tombé dans des convulsions et a perdu connaissance. Trois accès semblables se sont reproduits durant la journée. L'urine présente toujours la même teinte de fumée et contient en abondance des globules de sang et des cylindres exsudatifs. *Ventouses scarifiées et saignée de 150 grammes à la région des reins. Administrer 4 grammes de bitartrate de potasse, trois fois par jour.* — 8 *novembre*. Trois nouveaux accès convulsifs, aujourd'hui; assoupissement très marqué. — 9 *novembre*. Le malade se plaint d'un fort mal de tête, mais l'assoupissement est tout à fait dissipé et la connaissance est revenue entièrement. Pouls à 108, assez fort; 1300 grammes d'urine contenant encore beaucoup d'albumine et de globules sanguins, densité spécifique 1015. Les jambes ne sont presque plus infiltrées et le ventre est beaucoup plus souple; il mesure 0m,90 de pourtour dans son plus grand développement. — 10 *novembre*. Toute trace d'œdème a disparu aux membres inférieurs. Le sujet se plaint d'un nuage qui obscurcit sa vision, les objets lui paraissent déformés et les lignes comme brisées et interrompues. Il continue à prendre les pilules de scille et digitale (4 par jour), et ses trois doses de bitartrate de potasse. — 11 *novembre*. La pupille gauche est fortement dilatée. Le soir, on applique *six ventouses sèches à la région lombaire.* — 12 *nov.* Le malade a rendu deux litres d'urine dans les 24 heures; ce liquide ne contient plus d'albumine. — 13 *novembre*. 1300 grammes d'urine. — 14 *novembre*. 1500 grammes. Aujourd'hui on trouve la pupille gauche contractée et la droite au contraire dilatée. Il prétend voir les objets agrandis en face de lui. — 19 *novembre*. La quantité quotidienne d'urine rendue a été successivement de 1500, 1800, 4100, 4050 et 3000 grammes. Aujourd'hui, on y découvre encore une trace d'albumine. L'abdomen beaucoup moins tendu mesure 0m,85. — Du 19 au 27 la quantité moyenne d'urine rendue journellement a été de 2700 grammes. Elle conserve toujours une légère teinte enfumée; sa réaction est acide et sa densité spécifique de 1018. L'acide nitrique lui donne une nuance rougeâtre et l'ébullition y précipite quelques flocons d'albumine Au reste, le malade se rétablit graduellement. Durant quelques jours encore il se plaint de mouches volantes; enfin, le 1er décembre, on le congédie, sur ses instances. L'hydropisie a complétement disparu et l'urine contient à peine quelques traces d'albumine.

Commentaire. — Ce malade s'est présenté ici avec une anasarque énorme; ni les purgatifs, ni les pilules de scille et de digitale ne produisirent grand effet; au moins ne purent-ils conjurer l'empoisonnement du sang par l'urée, le coma et les accès convulsifs graves qui en furent la suite. Ces accès offraient un caractère épileptiforme; le paroxysme s'accompagnait d'écume à la bouche et durait environ dix minutes. Le malade s'est tiré de cet état, grâce à l'action énergique du bitartrate de potasse sur la secrétion urinaire; au moins, l'administration de ce remède fut-elle rapidement suivie de la cessation des symptômes cérébraux et de la disparition de l'hydropisie. L'observation suivante qui relate un des cas de guérison les plus remarquables que j'aie vus, vous fera apprécier la valeur de ce médicament dans la maladie de Bright.

Obs. CLXXXVIII (1). *Anasarque générale avec albuminurie se montrant pour la troisième fois. — Distension hydropique énorme de l'abdomen, du scrotum et des membres inférieurs. — Guérison radicale par l'administration du bitartrate de potasse.*

Commémoratif. — William Hermann, 49 ans, célibataire, lithographe, entré le 31 mars, 1855 a eu autrefois des habitudes d'intempérance; toutefois il paraît s'être corrigé dans ces dernières années. Il y a douze ans, sans aucun symptôme prémonitoire, il fut tout à coup saisi d'une anasarque générale et d'ascite. Il vint une première fois à l'Infirmerie, et sortit guéri après un certain temps de traitement. Six ans après, il eut une nouvelle attaque semblable dont on le guérit encore à l'Infirmerie. Enfin, depuis une quinzaine de jours, l'hydropisie reparaît et fait continuellement des progrès.

Symptômes a l'entrée. — Urines peu abondantes; pas de douleurs dans les reins ni de sensibilité à la pression. Abdomen très développé, surtout vers les parties déclives; son pourtour un peu au-dessous de l'ombilic mesure 0m,78. Lorsque le malade repose sur le dos, la partie antérieure de l'abdomen rend un son tympanitique, les flancs au contraire donnent un son mat à la percussion; de même encore lorsqu'on le fait coucher sur un côté, la matité se déplace vers les points déclives, tandis que les régions supérieures deviennent sonores. Il y a un peu d'œdème aux chevilles, et, vers le soir, un peu de gonflement de la face surtout du côté droit sur lequel le sujet est habituellement couché. Constipation; appétit nul; langue chargée d'un enduit épais, brunâtre; soif vive; toux et respiration accélérée; crachats muqueux, aérés, peu abondants. La percussion sur la poitrine donne partout de la sonorité. A l'auscultation sur la face antérieure, on note, des deux côtés, de la rudesse de l'inspiration et une expiration prolongée. En arrière, à la base des deux poumons, il existe des râles sibilants et crépitants très manifestes. Les bruits du cœur sont indistincts, mais ne s'accompagnent d'aucun murmure anormal. Pouls à 68, assez fort. Peau sèche et rude. Sommeil paisible; il y a eu un peu d'assoupissement dans ces derniers jours. Urines rares; il en a été rendu seulement 360 grammes depuis l'arrivée du sujet. Ce liquide soumis à l'ébullition dans un tube à essais se prend en masse; sa densité spécifique est de 1024. On trouve dans le sédiment des cylindres desquamatifs et des globules graisseux. *Grand bain chaud, le soir. Prendre, trois fois par jour, une pilule de scille et digitale. Pr. teinture d'opium ammoniacale, Esprit de lavende composé, de chaque 15 gram. Mixture de scille, 150 gram. M. En prendre 30 gram. trois fois par jour.*

Marcha de la maladie. — 4 *avril.* Le malade a rendu 500 grammes d'urine dans les dernières vingt-quatre heures. L'abdomen grossit encore et mesure 0m,83 de pourtour un peu au-dessous de l'ombilic. Soif ardente. — 5 *avril.* Hier, le malade a rendu seulement 270 grammes d'urine fortement coagulable et d'une densité spécifique de 1018. Constipation; langue sèche et chargée. Toux avec expectoration d'un mucus glutineux, aéré. Râles sibilants et crépitants à la base des deux poumons en arrière. *Continuer les bains chauds. Lavements à l'assa fœtida. Donner ce soir 0,65 centigrammes de poudre d'ipéca composée et autant demain matin.* — 6 *avril.* Le lavement a procuré un léger soulagement. Les téguments de la poitrine, du ventre et des lombes conservent l'impression du doigt qu'on y appuie. L'abdomen mesure 0m,87 de circonférence. 280 grammes d'urine, offrant les mêmes caractères. L'haleine exhale une odeur urineuse. *Continuer les pilules de scille et digitale et prendre 4 grammes de bitartrate de potasse trois fois*

(1) Recueillie par M. Rob. Byers, élève du service.

par jour. — Continuer la poudre de Dorer. — 15 *avril.* La quantité d'urine journalière a oscillé entre 250 et 450 grammes; sa densité spécique est de 1020; elle est fortement coagulable. *Cesser les pilules de scille et digitale. Appliquer en permanence sur l'abdomen de la spongio-piline imbibée d'infusion de digitale.* — 22 *avril.* La quantité d'urine rendue n'a pas varié. L'abdomen mesure 0m,94. L'application de la digitale a déterminé une éruption papulense sur toute la surface de l'abdomen. Prescr. : *Ether nitrique alcoolisé*, 22 *grammes. Eau de cannelle*, 170 *grammes. M. En donner* 30 *grammes trois fois par jour.* — 25 *avril.* Le malade se loue beaucoup de sa dernière potion, à la suite de laquelle il a rendu 800 grammes d'urine. On fait cesser les applications de spongio-piline à cause de l'irritation qu'elles provoquent sur l'abdomen. — 2 *mai.* La base du poumon gauche donne un son mat à la percussion, en arrière; pas de râles; abdomen douloureux; constipation; peau sèche; 750 grammes d'urine. — 3 *mai.* 725 grammes d'urine. *Prendre* 1 *gr.* 25 *de bitartrate de potasse trois fois par jour, et cesser tous les autres médicaments.* — 5 *mai.* 550 grammes d'urine. Abdomen encore plus développé; jambes et cuisses énormément infiltrées. Le ventre mesure un mètre de circonférence. On a donné hier soir 0,65 *centigrammes de la masse pilulaire de rhubarbe composée.* 30 *grammes de gin pour la journée.* — 7 *mai.* 600 grammes d'urine dont la densité spécifique est de 1018. L'état du malade semble désespéré. L'abdomen énormément distendu donne à la région épigastrique une sensation d'induration diffuse; cependant, on obtient un son tympanique à la percussion. Le scrotum, les cuisses et les jambes sont très infiltrés. Appétit nul; pouls à 86, faible. *Ventouses sèches à la région des reins.* 60 *grammes de gin pour la journée.* — 9 *mai.* Pas de changement. *Donner* 2 *grammes de bitartrate de potasse trois fois par jour.* — 11 *mai.* 1050 grammes d'urine offrant une densité spécifique 1015, contenant une grande proportion d'albumine et une multitude de cylindres desquamatifs. — 15 *mai.* 1250 grammes d'urine; la densité spécifique de ce liquide est descendue à 1014, il contient moins d'albumine. Céphalalgie frontale violente. *Continuer le bitartrate de potasse.* — 16 *mai.* 2000 grammes d'urine, densité spécifique 1010. — 17 *mai.* 1750 grammes d'urine, densité spécifique 1013. La céphalalgie s'est dissipée. Eschare au sacrum. Le côté droit, sur lequel le malade est habituellement couché, est plus infiltré que le gauche. Constipation. *Donner* 0,65 *centigrammes de la masse pilulaire de coloquinte composée, à l'heure du coucher.* — 18 *mai.* 2000 grammes d'urine. L'œdème des membres inférieurs diminue sensiblement ainsi que le gonflement du ventre. — 21 *mai.* 2050 grammes d'urine dont la densité est de 1010. Appétit satisfaisant. Pouls à 96, plein et fort. — 22 *mai.* 3600 grammes d'urine. — 23 *mai.* 3900 grammes d'urine encore fortement albumineuse; densité spécifique de ce liquide 1014. L'abdomen est considérablement affaissé et les membres inférieurs ont maintenant repris leur aspect normal, il reste encore un peu d'œdème aux chevilles. Dans ces derniers temps, le sujet dit avoir un violent mal de tête, de jour à autre vers midi. *On lui prescrit* 0,60 *centigrammes de sulfate de quinine, à prendre en trois fois dans la journée.* — 24 *mai.* 3200 grammes d'urine; densité spécifique de ce liquide 1018; il contient toujours beaucoup d'albumine. Pas de céphalalgie. — 25 *mai.* 3800 grammes d'urine; densité 1016. Céphalalgie légère vers midi. Le malade a pris 0,80 centigrammes de quinine. Il continue le bitartrate de potasse. — 28 *mai.* — 3000 grammes d'urine; densité spécifique de ce liquide, 1020. — 30 *mai.* 1500 grammes d'urine. — 31 *mai.* 2500 grammes d'urine; densité spécifique 1014; aucune trace d'albumine. L'œdème des jambes et l'ascite ont complétement disparu. Pas de céphalalgie. Appétit bon. — 8 *juin.* L'urine ne contient plus d'albumine; la quantité rendue a varié de 1800 à 3450 grammes pour les vingt-quatre heures. — 9 *juin.* Un peu d'albumine dans l'urine; menace de retour de l'œdème. — 15 *juin.* Léger nuage albumineux dans les urines; les chevilles se gonflent dès que le sujet est resté assis un peu longtemps. — 19 *juin.*

3000 grammes d'urine; densité spécifique 1010; très peu d'albumine. — 27 *juin*. La quantité journalière d'urine rendue a été de trois litres; la densité spécifique de ce liquide oscille entre 1010 et 1015. Les chevilles se gonflent toujours un peu lorsque le malade reste longtemps levé. — 2 *juillet*. Plus de trace d'albumine dans l'urine. On s'oppose au gonflement des pieds par l'application d'un bandage contentif. Le sujet reste levé toute la journée. L'appétit est bon. La quantité moyenne d'urine rendue est de 1200 grammes. En somme l'état général est fort bon. — 3 *juillet*. Guérison, sortie.

Commentaire. — D'après les renseignements fournis par cet homme, c'était la troisième fois que l'hydropisie le reprenait; mais jamais encore elle n'avait atteint des proportions aussi effrayantes. Ce malade se trouvait dans nos salles en même temps que les sujets des observations CLXXXV et CLXXXVI, mais chez lui la médication semblait tout-à-fait impuissante. L'abdomen et le scrotum s'étaient distendus énormément par l'accumulation de la sérosité. Les jambes et les cuisses étaient infiltrées au point de menacer de se crevasser; en un mot, le malade semblait dans un état désespéré. L'urine, quand on la chauffait, se prenait pour ainsi dire en masse, tant était forte la proportion d'albumine; le sédiment examiné au microscope présentait une multitude de cylindres desquamatifs et de cellules graisseuses, attestant une affection chronique des reins. Chose étonnante, depuis le moment de son admission au mois de mars jusqu'au 11 mai, le mal ne cessa d'empirer malgré l'emploi des diaphorétiques, des purgatifs et des diurétiques. Du bitartrate de potasse à doses de quatre grammes fut même employé sans résultat. Cependant, dans le courant de mai, je jugeai opportun de revenir à ce même médicament, mais à doses moitié moindres; cette fois l'effet diurétique fut extraordinaire. Du 11 au 28 mai, la quantité d'urine rendue augmenta considérablement et je la fis noter chaque jour. Plus d'une fois même il en a été rendu au-delà de trois litres et demi; aussi l'abdomen qui était énorme, le scrotum et les extremités inférieures, diminuèrent-ils rapidement de volume et revinrent enfin à leur état naturel. Le 31 mai, l'albumine avait disparu de l'urine; un peu d'enflure persistait encore aux chevilles, surtout quand le malade restait levé un peu longtemps, et le 3 juillet cet homme put être congédié complètement guéri.

L'anasarque chez cet individu avait atteint réellement des proportions extrêmes; le scrotum avait le volume d'une tête d'adulte; une prostration profonde s'était manifestée et nous craignions de jour en jour de voir apparaître des ulcères au sacrum ou bien un coma fatal. Pour moi, je n'hésite pas à attribuer le changement survenu dans l'état de ce malade au diurétique prescrit le 9 mai, à la suite duquel la sécrétion rénale se rétablit si heureusement. Des ventouses sèches avaient aussi été appliquées sur les lombes, deux jours auparavant, mais elles produisirent si peu d'effet que je ne puis leur attribuer aucune part dans le résultat thérapeutique.

Les observations de maladie de Bright qui viennent d'être relatées, montrent le peu de fondement des préventions entretenues par certains

médecins contre les diurétiques dans le cours de cette affection. Chez tous ces malades, nous les avons largement employés et, circonstance significative, c'est avec l'augmentation de la sécrétion rénale qu'a invariablement coïncidé le début de la convalescence. Sous ce rapport, l'observation précédente est des plus instructives. On se rappellera encore utilement l'observation CLXXXV, où malgré la complication d'une maladie du foie, l'albuminurie disparut définitivement.

Obs. CLXXXIX (1). — *Albuminurie avec anasarque pour la seconde fois. — Amélioration.*

Commémoratif. — Mary Donaghan, 43 ans, journalière, entrée le 12 juillet 1854, raconte qu'il y a trois semaines elle revint d'avoir été travailler dans les champs, et se coucha sans avoir éprouvé le moindre malaise; le lendemain matin, elle s'éveilla avec de la douleur à l'épigastre et trouva ses jambes, ses bras, son corps et sa figure fortement enflés. Elle ne se souvient point d'avoir été exposée au froid ou à l'humidité; elle n'a d'ailleurs pas eu de frisson. Elle n'éprouve aucune douleur dans les reins, et les urines n'ont pas diminué de quantité. Il y a deux ans, elle est venue une première fois à l'Infirmerie pour la même maladie, mais alors elle était beaucoup plus enflée.

Symptômes a l'entrée. — Les extrémités inférieures seules sont le siége d'un certain œdème. La peau est moite et même transpire modérément. L'urine est rendue en quantité normale; elle dépose un sédiment blanchâtre, épais, dans lequel on reconnait au microscope des cellules épithéliales, un grand nombre de cylindres desquamatifs avec des globules graisseux, enfin des corpuscules granulaires composés. L'acide nitrique et la chaleur y provoquent un précipité abondant d'albumine; l'essai par le nitrate d'argent décèle aussi une forte proportion de chlorures; densité spécifique 1012. La malade accuse de la douleur quand on presse avec force sur la région lombaire gauche. Langue humide sur les bords et chargée au centre; appétit défectueux; soif fréquente; légère sensibilité sous la pression à la région épigastrique; constipation. Prescr. *Bitartrate de potasse pulvérisé. 15 gram. en 12 paquets. En prendre un trois fois par jour.*

Marche de la maladie. — 2 *août*. L'œdème des extrémités inférieures diminue un peu; cependant, les urines sont encore très coagulables et offrent à peu près les mêmes caractères qu'au jour de l'admission. — 15 *août*. Ces jours derniers, il est survenu des sueurs profuses. L'urine conserve toujours ses mêmes caractères; l'œdème, pourtant, est à peu près disparu, mais les pieds ne manquent pas de se gonfler encore lorsque la malade reste levée un peu longtemps. Elle continue l'usage de bitartrate de potasse. — 21 *août*. Urine pâle, contenant encore assez d'albumine, densité spécifique 1012. La tendance à l'enflure des extrémités inférieures diminue de jour en jour; au reste la santé générale est satisfaisante et la malade reste levée et se promène dans la salle toute la journée. Elle se trouve si bien qu'elle se veut pas rester davantage dans l'établissement. Elle sort améliorée le 21 août.

Commentaire. — Un amendement sensible s'est manifesté chez cette femme à la suite de l'emploi de bitartrate de potasse; la quantité d'urine augmentant, l'anasarque ne tarda pas à disparaître. Je ne doute nullement

(1) Recueillie par M. James Thorburn, élève du service.

que nous eussions obtenu une cure radicale si cette personne ne s'était obstinée à quitter prématurément l'Infirmerie.

Obs. CXC(1). *Seconde attaque d'albuminurie avec anasarque, après un intervalle de vingt neuf ans. — Bronchite. — Amélioration.*

Commémoratif. — James M'Kay, 62 ans, armurier, entré le 6 janvier 1853, avait toujours joui d'une très bonne santé. Il y a vingt-neuf ans, il a dû entrer à l'Infirmerie, dans le service du Dr Spens, pour un œdème des membres, du tronc et de la face, survenu à la suite d'exposition au froid et à l'humidité. Il resta en traitement neuf mois et sortit guéri. Depuis lors, il ne s'était plus jamais aperçu de rien, lorsqu'il y a cinq semaines, il observa qu'il urinait fort peu, que ses urines étaient foncées et déposaient un sédiment blanchâtre, épais. Cependant, peu de jours après, s'étant grisé avec des liqueurs spiritueuses, il se refroidit étant en transpiration. Il ne tarda pas à éprouver un fort frisson assez prolongé, suivi d'un malaise général, de fièvre, de céphalalgie et d'une gêne à la région des reins. Après dix jours d'indisposition les pieds s'enflèrent, puis successivement les jambes, les cuisses et le scrotum. Toutefois, depuis quelques jours l'œdème a sensiblement diminué. Cet homme s'est adonné, pour ainsi dire toute sa vie, aux boissons alcooliques.

Symptômes a l'entrée. — La peau est sèche et souple, les jambes sont modérément enflées et conservent l'impression du doigt qu'on y appuie. L'urine est lâchée fréquemment mais peu à la fois; la quantité rendue quotidiennement est dans tous les cas beaucoup inférieure à la moyenne ordinaire. Ce liquide est pâle, a une densité spécifique de 1012, donne un coagulum abondant sous l'action de la chaleur et de l'acide nitrique; il ne laisse aucun sédiment. Aucune douleur à la région des reins ni à la vessie. Langue sèche; pas d'appétit; soif ardente; selles régulières. Pouls à 96, naturel; bruits du cœur normaux. Toux légère et dyspnée provoquée par les exercices; à part ces symptômes, rien à noter du côté des organes respiratoires. Autres fonctions normales. *Appliquer des cruchons d'eau chaude aux pieds et le long des membres. Donner* 0,75 *centigrammes de poudre de Dover le soir, et un gramme et demi de la solution de morphine en cas d'insomnie.*

Marche de la maladie. — 9 *janvier*. Il a fallu administrer la dose de morphine, mais le malade a dormi seulement sur le matin. Pas de transpiration; urines toujours albumineuses, rendues sans douleur ni difficulté et en quantité suffisante (1500 grammes); densité spécifique 1018. Disparition complète de l'œdème des membres; constipation. On prescrit *deux pilules de coloquinte et jusquiame.* — 10 *janvier*. A peu près même état; pas de transpiration; appétit nul; grande soif, pour laquelle on ordonne *du lait avec de l'eau de chaux.* — 12 *janvier*. Le malade n'était pas mieux hier soir, on lui a donné *un bain chaud puis une dose d'un gramme de poudre de Dover.* Ce matin il se plaint d'affaiblissement à la suite du bain; on constate une légère transpiration aux jambes et à la face. Prescr. : 0,70 *centigrammes de poudre de Dover avec* 0,40 *centigrammes de poudre de James, à l'heure du coucher.* — 14 *janvier*. Les diaphorétiques ont été continués mais sans succès. Hier, il a été rendu 1800 grammes d'urine; tendance à la constipation. Prescr. : *Bitartrate de potasse,* 6 *grammes. Poudre de gomme gutte,* 0,25 *centigrammes. M. A prendre immédiatement; même dose au bout de six heures s'il n'en résulte pas d'effet.* — 17 *janvier*. Il a fallu administrer une seconde dose de poudre purgative, il en est résulté plusieurs selles liquides qui ont produit

(1) Recueillie par M. Wm Calder, élève du service.

un soulagement marqué ; depuis lors, encore une fois absence de garderobe, appétit presque nul mais soif moins pénible. L'urine présente aujourd'hui une coloration à peu près naturelle, sa densité spécifique s'élève à 1022 ; la quantité d'albumine n'a pas diminué. On y remarque de plus un léger sédiment formé par de l'urate d'ammoniaque ; il en a été rendu 1800 grammes dans les dernières vingt-quatre heures. On prescrit 1 gramme 25 *de bitartrate de potasse trois fois par jour.* — 19 *janvier.* La quantité d'urine qui était avant-hier de 1850 grammes est descendue à 1100 grammes hier ; soif plus vive ; nuit agitée ; un peu de délire aujourd'hui, mais la connaissance revient aussitôt qu'on excite l'attention ; constipation. *Prendre la poudre de bitartrate de potasse et de gomme-gutte, puis, quand elle aura agi, donner* 0,65 *centigrammes de poudre de Dover.* — 20 *janvier.* La nuit dernière a été beaucoup meilleure ; le malade a ressenti une agréable chaleur après avoir pris la poudre de Dover, mais il n'a pas transpiré ; il a eu trois selles diarrhéiques. La soif a considérablement diminué. La quantité d'urine s'est élevée à 1500 grammes ; densité spécifique 1020 ; beaucoup d'albumine. — 22 *janvier.* L'urine examinée au microscope laisse voir quelques pâles cylindres desquamatifs des tubules uriniféres ; la quantité moyenne rendue a été, ces deux derniers jours, de 1800 grammes. Le malade se dit beaucoup mieux. — 5 *mars.* L'état général a continué à s'améliorer et le sujet désire vivement être congédié. La quantité quotidienne d'urine oscille entre 1500 et 1800 grammes, elle est un peu pâle, offre une densité spécifique de 1020 et donne encore un caillot albumineux occupant dans le tube d'essai environ le sixième de la hauteur de la colonne liquide. Il reste quelques râles sibilants dans la poitrine, mais toutes les autres fonctions de l'économie s'accomplissent bien. Sorti amélioré.

Commentaire. — Nous avons débuté, chez ce malade, par essayer la médication diaphorétique, et cela avec un insuccès éclatant. L'œdème des membres, il est vrai, ne tarda pas à se dissiper, mais ce résultat est dû bien plutôt au repos dans la position horizontale et au régime de l'hôpital qu'aux médicaments employés. A la suite du bitartrate de potasse, combiné plus tard avec des purgatifs, les effets furent plus rapides et l'œdème disparut totalement. Cependant, l'urine n'avait pas cessé de contenir de l'albumine, quoiqu'en moindre proportion, lorsque le malade nous a quittés.

Obs. CXCI (1). — *Troisième attaque d'albuminurie avec anasarque. — Amélioration.*

Commémoratif. — James Smith, 28 ans, entré le 25 novembre 1858, dit avoir toujours eu une bonne santé, mais il y a trois ans et demi, à la suite d'un refroidissement, ses pieds commencèrent à s'enfler. En quatre jours l'enflure avait envahi jusqu'au cuisses ; il se rendit alors à l'Infirmerie, d'où après un séjour de trois semaines il sortit guéri. Un an après, il eut un retour de la même affection et revint à l'Infirmerie où il fit un nouveau séjour de trois semaines. Depuis lors il a joui d'une bonne santé. Cependant, il y a quatre mois, il commença à se plaindre de gêne de la respiration et de palpitations pendant son travail. Ce dernier symptôme s'amenda à la suite de l'application de ventouses, mais la dyspnée continua à revenir chaque fois qu'il faisait un exercice fatigant. Il y a quatre semaines, de l'œdème se montra aux chevilles, et le malade vint à l'Infirmerie où il séjourna

(1) Recueillie par M. Alexander T. Macarthur, élève du service.

dans la salle 6, jusqu'au moment de son admission dans la salle de la clinique. Antérieurement à sa première maladie, cet homme faisait assez souvent des excès de boisson, mais depuis lors, s'il faut l'en croire, il n'a plus jamais touché de liqueur spiritueuse.

Symptômes a l'entrée. — On constate un peu d'œdème aux jambes et au tronc. La peau est habituellement très sèche, tout en conservant une température naturelle. La quantité d'urine rendue le premier jour s'élève à deux litres; ce liquide a une nuance de paille claire, est un peu louche et fortement coagulable ; il dépose un léger sédiment comme du petit lait, sa densité spécifique est de 1014. Au microscope, il présente de nombreux fragments de cylindres desquamatifs, les uns très longs, d'autres offrant des noyaux et des cellules granulaires plus ou moins graisseuses ou même complétement remplies de molécules graisseuses. On trouve aussi des cellules de pus en abondance et quelques cellules épithéliales isolées ou en groupe, provenant de la muqueuse de la vessie ou de l'urèthre. On y constate enfin de nombreux cristaux prismatiques d'acide urique et quelques sels minéraux, sous forme de petits cristaux augulaires réunis. La langue est nette et humide, l'appétit bon, le fonctionnement de l'appareil digestif normal, le pouls à 68, de force moyenne. On remarque un peu d'irrégularité dans les bruits du cœur ; le premier est prolongé et s'accompagne d'un souffle doux avec un maximum d'intensité correspondant à la pointe. Rien à noter par rapport aux autres fonctions.

Marche de la maladie. — Le 29 *novembre*, le malade voulut quitter l'Infirmerie, mais quatre semaines après, le 27 *décembre*, il revint avec une aggravation de tous les symptômes. Après sa sortie, il est retourné à son travail une semaine, puis s'étant refroidi il fut obligé de garder la chambre. Cependant, la toux s'aggrava ainsi que la dyspnée. L'affaiblissement fit des progrès et se manifestait surtout à la suite de la miction. La quantité d'urine est à présent de 1500 grammes; elle est rendue sans difficulté, présente une teinte pâle comme le serum du petit lait, elle est légèrement louche, et, au repos, donne un sédiment blanc dans lequel on distingue, au microscope, un grand nombre de cylindres desquamatifs, mais plus aucun cristal. La densité spécifique de ce liquide est de 1015; on y trouve beaucoup d'albumine. A l'auscultation, on entend des râles sibilants dans toute l'étendue de la poitrine ; l'expiration est prolongée ; nulle part pourtant il n'existe de matité à la percussion. Toux fréquente ramenant des crachats muqueux fortement aérés Prescr : *Solution antimoniale*, 8 *grammes*. *Mixture camphrée*, 120 *grammes*. *M. En prendre* 15 *grammes toutes les quatre heures*. *Bain chaud de jour à autre à l'heure du coucher*. — 29 *décembre*. Le malade a toujours un peu de fièvre et se plaint d'une soif inextinguible. Lui donner pour boisson un mélange de 360 *grammes de lait avec* 180 *grammes d'eau de chaux*. — 1 *janvier*. Toux sans changement ; œdème des jambes notablement diminué ; sécheresse permanente de la peau, impossible d'obtenir de la transpiration. L'urine dont il a été rendu 2700 grammes hier est toujours fortement coagulable, et laisse un léger dépôt dans lequel on trouve encore des cylindres desquamatifs granuleux des tubes urinifères. — 6 *janvier*. Moins de toux ; pouls à 68, suffisamment fort ; œdème des jambes dissipé ; sécrétion urinaire abondante mais soif vive. *Continuer la même médication*. — 13 *janvier*. Quatre litres d'urine ont été rendus dans les dernières vingt-quatre heures. Ce liquide offre encore, après un jour de repos, un léger sédiment dans lequel se voient de nombreux cylindres chargés de granules graisseux. La soif est toujours vive, le pouls à 80, assez fort. Le malade se trouve beaucoup mieux. — 17 *janvier*. Il prétend ne s'être jamais mieux porté depuis des années et réclame sa sortie.

Commentaire. — Cet homme était évidemment en voie d'amélioration

au moment de son admission dans la salle clinique; la sécrétion urinaire se faisait abondamment, il n'y avait donc aucune indication à l'emploi des diurétiques. Cependant, nous avons continué l'usage des diaphorétiques, et quoique leur effet n'est pas été bien évident, le sujet ne s'en rétablit pas moins et nous a quittés dans un état assez satisfaisant.

Les malades qui font le sujet de ces trois dernières observations sont sortis de l'hôpital améliorés, ne voulant pas attendre plus longtemps une guérison radicale. L'essentiel pour eux était d'être débarrassés de l'hydropisie; cependant l'albuminurie persistait encore. C'est là malheureusement l'histoire de la plupart de ces malades auxquels la sortie est accordée avec la notice *amélioration*.

Obs. CXCII (1). — *Albuminurie; anasarque générale. — Mort. — Dégénérescence cireuse des reins, de la rate et du foie. — Dépôts tuberculeux.*

Commémoratif. — Sarah Wilson, âgée de 7 ans, admise à l'Infirmerie le 11 novembre 1853, a eu la scarlatine il y a trois ans; depuis lors elle a toujours été chétive et capricieuse dans ses appétits. Dans le courant de l'été dernier, ses pieds puis ses jambes s'enflèrent, de la diarrhée survint et ne l'a pas encore quittée.

Symptômes a l'entrée. — Cette enfant à la face bouffie et est blême par tout son corps. Les pieds et les jambes sont enflés et conservent l'impression du doigt qu'on y appuie. Les urines, pâles, ont une densité spécifique de 1006; la chaleur et l'acide nitrique y déterminent un précipité abondant d'albumine occupant la moitié de la colonne liquide contenue dans le tube à essais. Aucune douleur à la région lombaire. Langue humide et un peu chargée; pas de soif; appétit bon. L'abdomen est très distendu et le siége d'une fluctuation manifeste. Pouls à 86, faible et compressible; bruits du cœur normaux. Pas de céphalalgie. Sommeil bon. Prescr. : *Acétate de potasse, 4 grammes. Ether nitrique, 8 grammes. Eau, 150 grammes. Sirop, 30 grammes. M. Une cuillerée à soupe trois fois par jour.*

Marche de la maladie. — 17 *novembre*. Diarrhée persistante; grande faiblesse. *Donner 30 grammes de la mixture de craie, trois ou quatre fois par jour. 30 grammes de gin avec de l'eau pour la journée.* — 25 *novembre*. Urines assez abondantes, moins albumineuses; densité spécifique 1002. La diarrhée qui avait presque disparu ces jours derniers est de nouveau revenue. On prescrit une potion astringente. — 30 *novembre*. La face qui s'était dégonflée sensiblement est de nouveau très bouffie. Urines involontaires depuis trois jours; diarrhée moins fréquente. — 10 *décembre*. Dans ces derniers jours, les selles et les urines ont été rendues involontairement dans le lit; l'écoulement constant de ce dernier liquide a déterminé des excoriations à la vulve et sous le siége. L'appétit n'est pas trop mauvais mais il y a parfois des vomissements. Le pouls est très faible et les forces sont anéanties. L'enfant prend 60 grammes de gin et autant de vin dans la journée. Depuis cinq ou six jours, elle très assoupie et dort presque constamment, cependant on l'éveille avec facilité et elle répond à toutes les questions. — 13 *décembre*. L'œdème n'a plus reparu, mais la somnolence s'est transformée en coma et s'est terminée par la mort, ce matin.

Autopsie. — Quarante heures après la mort.

Corps très amaigri. Léger œdème aux pieds.

Thorax. — Les *poumons*, sains à l'extérieur, présentent quelques noyaux indu-

(1) Recueillie par M. Peter W. Wallace, élève du service.

rés au toucher; on les trouve constitués par des amas de petites granulations grises, et ils atteignent le volume de petites billes de marbre. Au sommet du poumon droit, on constate une petite concrétion crétacée. Le cœur pèse 90 grammes, il n'offre rien d'anormal.

Abdomen. — Il existe des adhérences entre le diaphragme et la face supérieure du *foie*. Ce dernier organe pèse 1800 grammes. Les lobules sont un peu congestionnés mais le tissu intermédiaire est pâle, c'est, en un mot, l'aspect de la dégénérescence cireuse. La *rate* pèse 68 grammes et sa densité spécifique est de 1054. Sa consistance est assez ferme et les coupes qu'on y pratique offrent l'aspect de la dégénérescence cireuse. On y remarque en outre une multitude de points grisâtres, semi-transparents, formant des groupes serrés et constitués par des corps de Malpighi hypertrophiés. Ces points ont environ un millimètre et demi de largeur. Les *reins* sont hypertrophiés et pèsent chacun 200 grammes. Après avoir été dépouillés de leur capsule, ils offrent une surface comme grenue, dépendant d'une irrégularité dans la vascularisation, ce qui forme contraste avec la pâleur de la substance corticale. A la coupe, ils offrent un aspect de cirrhose bien prononcé : les portions corticales ont une teinte pâle jaunâtre, les stries sont généralement disparues ou indistinctes; en certains endroits, on voit aussi une multitude de petites taches jaunâtres opaques. L'*intestin*, ou pour préciser, le tiers inférieur du petit intestin, est le siége d'ulcères tuberculeux offrant les caractères ordinaires de ces ulcérations et occupant tout le pourtour du tube. Les glandes mésentériques sont hypertrophiées et infiltrées de tubercule.

Examen microscopique. — Le parenchyme du foie contient une grande quantité de matière graisseuse libre ou renfermée dans ses cellules propres (voir fig. 456 t. I, p. 321. Cependant, la majeure partie de ces dernières sont pâles et très indistinctes. Des coupes minces pratiquées dans la substance corticale des reins ont un aspect très transparent, particulièrement les corpuscules de Malpighi. En certains endroits, on remarque des amas de granules graisseux formant des groupes isolés, peu nombreux. Les corps de Malpighi de la rate, lesquels sont hypertrophiés comme il vient d'être dit, contiennent une matière translucide ressemblant beaucoup à de la substance colloïde; elle présente la réaction bleue de la cellulose, dès qu'on la traite par l'iode et l'acide sulfurique.

Commentaire. — Cette enfant nous a présenté tous les symptômes de la maladie de Bright, venant mettre fin à un mauvais état de santé datant de trois années et consécutif à une fièvre scarlatine. A l'autopsie, nous avons trouvé les reins, le foie et la rate en train de subir cette forme chronique de dégénérescence qualifiée de cireuse, altération fréquemment associée, comme ici, à la tuberculose. La nature de cette lésion morbide a déjà été exposée plus haut voir, t. I, p. 321.

Obs. CXCIII (1). — *Albuminurie. — Hypersécrétion d'urine. — Phthisie pulmonaire. — Dégénérescence cireuse du foie, des reins et de la rate.*

Commémoratif. — Thomas Keegan, 40 ans, entré le 13 décembre 1848, s'était toujours bien porté, lorsqu'au mois de mai dernier il commença à être tourmenté d'une soif continuelle et se mit à boire de l'eau en quantité. En même temps, il urinait beaucoup et devait se lever quatre ou cinq fois la nuit. Il n'éprouvait aucune douleur à la région des reins, ni en urinant. Cet état de choses dura cinq mois, au bout desquels il ressentit une douleur sourde, rongeante, à la région des reins;

(1) Recueillie par M. George Shearer, élève du service.

cette douleur dégénéra ensuite en un sentiment de faiblesse qui n'a plus cessé. Le 29 octobre, cet homme se rendit à l'infirmerie de Glasgow, se plaignant de perte d'appétit, d'une soif ardente, de faiblesse et d'amaigrissement. Il demeura six semaines dans cet établissement et ne fut nullement soulagé. Depuis une quinzaine de jours, l'appétit lui revient un peu et il se sent mieux.

Symptômes a l'entrée. — On trouve de la matité à la percussion et un bruit de pot fêlé dans tout le tiers inférieur du poumon gauche, en avant. On y constate aussi de la respiration tubaire et de gros râles muqueux. Du côté droit et en haut, l'expiration est prolongée. En arrière, on n'observe aucune différence à la percussion dans les deux côtés. A gauche, il existe des râles sibilants et crépitants. Toux fréquente avec expectoration copieuse de muco-pus. Langue sèche, nette et tremblotante. Appétit satisfaisant mais soif excessive. Cet homme boit au moins quatre litres et demi d'eau par jour. Selles régulières; amaigrissement très avancé; peau sèche, n'ayant plus été le siége de la moindre transpiration depuis plusieurs semaines. Pas d'œdème ni d'ascite. L'urine est acide, très transparente; sa densité spécifique est descendue à 1010; elle contient une grande quantité d'albumine et des chlorures en abondance, aucune trace de sucre. A l'aide du microscope, on y découvre de gros cylindres urinifères, ayant subi la dégénérescence cireuse. Le malade accuse quelque sensibilité, quand la main presse fortement à la région des reins.

Marche de la maladie. — 15 *décembre*. Il est rendu trois à quatre litres d'urine dans les vingt-quatre heures. Expectoration abondante d'une matière muco-purulente. La bouche et la gorge sont si sèches que ce matin le sang en a coulé, lorsque le malade, en s'éveillant, s'était efforcé de détacher la langue du palais auquel la faisait adhérer une sécrétion visqueuse extrêmement gluante. Après s'être mouché, il eut également un petit saignement de nez. — 18 *décembre*. Il a rendu au-delà de cinq litres d'urine avant hier, quatre litres hier et deux litres et demi aujourd'hui; aussi, il boit d'énormes quantités d'eau. *Ventouses sèches à la région des reins. Soda-water et lait coupé à boire, au lieu d'eau simple.* — 20 *décembre*. Trois litres et demi d'urine. Prescr. : *Donner une cuillerée d'huile foie de morue, trois fois par jour.* Pr. *Ether nitrique alcoolisé, 4 grammes. Solution de chlorhydrate de morphine, 2 grammes. Mixture camphrée, 60 grammes. M. En prendre la moitié à l'heure du coucher et le reste trois heures après, si la toux est trop pénible.* — 21 *décembre*. Le malade a bien dormi après avoir pris sa potion, cependant il est resté assoupi et a eu un peu de nausées toute la journée. A la visite du matin, ses pupilles sont contractées. Il a rendu trois litres et demi d'urine. — 22 *décembre*, Nuit bonne; mieux sensible aujourd'hui; deux litres d'urine. — 23 *décembre*. Le sentiment de pesanteur et de faiblesse dans les reins est revenu. La respiration est embarrassée et même difficile. L'expectoration est devenue purulente et encore plus copieuse. On constate un léger œdème aux pieds. 1620 grammes d'urine depuis hier. — 26 *décembre*. Le malade a rendu seulement un litre et demi d'urine; il n'a plus eu de selles depuis vingt-quatre heures, Il se plaint de malaise et a rendu son dîner. Prescr : *Naphthe médicinal, 15 grammes. Teinture de cardamôme composée, 30 grammes. M. En prendre de temps en temps une cuillerée à café dans un verre d'eau. Pr. Poudre de jalap composée, 24 grammes en 12 paquets. En prendre un trois fois par jour. 120 grammes de gin pour la journée.* — 27 *décembre*. Le malade a passé une mauvaise nuit, poussant des gémissements pendant son sommeil et ayant à de fréquentes reprises la respiration stertoreuse. Vers une heure après midi, la respiration se ralentit et devint laborieuse; bientôt survint un râle trachéal, et à 1 h. 45 m. cet homme rendait le dernier soupir.

Autopsie. — Quarante-huit heures après la mort.

Corps très amaigri.

Thorax. — Il existe des adhérences très solides au sommet des deux poumons.

Le lobe supérieur de ces organes est condensé et ferme au toucher. Le sommet du poumon gauche présente une cavité de forme ovalaire, ayant à peu près la dimension d'un œuf de poule. L'extrémité inférieure de cette caverne est en communication avec une autre plus petite et irrégulière. Ces excavations sont tapissées par une membrane pyogénique bien organisée. En beaucoup d'endroits on remarque une sorte de matière caséeuse adhérente aux parois. Des bandes de tissu fibreux condensé traversent ces excavations en divers sens. Tout autour, le tissu pulmonaire est fortement condensé. Le reste du poumon est comme farci de tubercules jaunes et présente plusieurs autres petites cavernes. Le lobe supérieur du poumon droit contient également une couple de petites cavernes et une certaine quantité de tubercules disséminés dans le parenchyme. A environ cinq centimètres au-dessous du sommet et au centre de l'organe, se trouve une concrétion crétacée de la grosseur d'un pois, renfermée dans une capsule de tissu fibreux condensé. Il existe une autre concrétion semblable à deux centimètres et demi plus bas. Les lobes moyen et inférieur contiennent peu de tubercule. Les glandes bronchiales sont hypertrophiées, indurées et pénétrées de pigment noir. Le cœur est sain.

Abdomen. — Le *foie* hypertrophié offre une fermeté et une densité peu communes. En l'incisant, on y reconnaît une dégénérescence circuse. La surface de section est sèche, d'une couleur jaunâtre, pointillée de rouge, offrant un aspect transparent particulier; sa structure lobulaire est très indistincte; il pèse près de trois kilogrammes. La *rate* également hypertrophiée pèse 260 grammes; son tissu semble un peu densifié. A la coupe, on y distingue une multitude de corps de Malpighi, translucides et ressemblant à des grains de sagou bouilli. Les *reins*, hypertrophiés aussi, pèsent ensemble 500 grammes. Après avoir ôté leur capsule, la surface de ces glandes apparaît très lisse, fort pâle, d'une couleur jaune tirant sur le blanc; pas d'altération dans la densité; on y remarque pourtant une sorte de pointillé et quelques taches plus vascularisées, formant un contraste frappant avec l'état anémique général de l'organe. Sur les surfaces de section, la substance corticale apparaît hypertrophiée et d'une pâleur translucide. La portion médullaire est le siége d'une congestion modérée. Presque toutes les branches de l'artère rénale, dans les deux organes, sont obturées par des caillots blanchâtres, les uns encore fermes, les autres déjà en partie ramollis. L'extrémité inférieure du petit intestin, et la partie supérieure du gros sont le siége de quelques ulcérations tuberculeuses anciennes.

Examen microscopique. — En étudiant au microscope une parcelle ramollie des caillots contenus dans les artères rénales, on voit que ces caillots consistent principalement en matière granulaire et en un petit nombre de cellules, ayant les caractères des cellules du pus. Quand on examine une coupe pratiquée dans la substance rénale, on y distingue les petites artères fortement épaissies. Les cellules et les autres éléments du rein présentent tous les caractères communs de la dégénérescence circuse.

Commentaire. — Comme nous venons de le voir, les deux reins, le foie et la rate étaient atteints d'une dégénérescence circuse ancienne. La mort a été la suite de l'épuisement consécutif à l'affection pulmonaire, aux vomissements et au défaut de nutrition. Cette observation a été publiée dans la troisième édition de cet ouvrage à l'article Polydipsie, car c'était le premier cas de maladie de Bright où mon attention fut attirée par l'abondance de la sécrétion urinaire. Cependant, on aura remarqué dans l'observation précédente, que l'urine était rendue également en assez

grande quantité. Un certain nombre de cas analogues se sont présentés depuis lors à la clinique; voici la relation de trois d'entre eux.

Obs. CXCIV (1). — *Albuminurie avec hypersécrétion d'urine. — Dégénérescence cireuse des reins, du foie et de la rate.*

Commémoratif. — Mary Muirhead, âgée de 17 ans, entrée le 3 mai 1860, raconte qu'à l'âge de cinq ans elle a été paralysée des jambes, et, bientôt après, un abcès se formait dans son dos, entre les épaules. Ce fut seulement après l'ouverture de cet abcès qu'elle recouvra l'usage de ses membres. Sa colonne vertébrale est le siége d'une flexion en avant, avec saillie à l'endroit de la seconde vertèbre dorsale; A part cet abcès et la suppuration qui a continué jusque dans ces dernières années, cette jeune fille dit n'avoir presque jamais été malade. Cependant, il y a quatre ans, elle eut la scarlatine, mais elle était revenue à son état de santé antérieure. Elle a toujours eu la respiration gênée en travaillant, et cette gêne a encore augmenté depuis trois mois, en même temps que se montrait une petite toux, sèche d'abord, puis accompagnée d'expectoration. La malade est sujette, depuis le mois de janvier, à des douleurs lombaires; leur violence, dit-elle, l'a empêchée plusieurs fois de travailler. Il y a trois semaines, elle s'est aperçue qu'elle urinait beaucoup plus qu'à l'ordinaire; en même temps, ses chevilles se gonflaient et sa figure devenait bouffie. Se trouvant de jour en jour plus faible, elle demanda à entrer à l'Infirmerie.

Symptômes a l'entrée. — Les bruits du cœur sont normaux, le pouls à 100, petit et faible. Le murmure respiratoire offre un caractère de rudesse très marqué dans toute la poitrine. Langue nette, un peu sèche; soif vive; appétit bon; selles régulières; commencement d'ascite; foie et rate non hypertrophiés; jambes légèrement œdématiées; peau sèche et blême. Urines en quantité suffisante, un litre et demi à deux litres par jour; densité spécifique de ce liquide 1005; il contient beaucoup d'albumine et peu de chlorures. Après un certain temps de repos on y trouve un sédiment dans lequel on distingue, au microscope, un grand nombre de cylindres urinifères hyalins, offrant çà et là une cellule en voie de subir la dégénérescence graisseuse. 0,90 *centigrammes de teinture de perchlorure de fer, trois fois par jour. Viandes rôties. Lait.*

Marcha de la maladia. — Depuis deux mois, la malade est restée à peu près dans le même état. La quantité d'urine rendue journellement a oscillé entre un litre et demi et quatre litres et demi; cependant, elle n'est descendue au premier chiffre que deux fois seulement. L'ascite a progressé lentement. Au commencement de mai, il survint une diarrhée rebelle, contre laquelle on employa vainement les astringents. La toux et la dyspnée firent des progrès; de son côté l'hydropisie s'accentua de jour en jour aux jambes et dans l'abdomen. La quantité d'urine journalière est tombée à 1200 et même à 900 grammes; elle contient toujours de l'albumine, des cylindres moulés hyalins et des cellules rénales graisseuses en plus grand nombre que jamais. Enfin la malade succombe à l'épuisement le 20 mai.

Autopsie. — Trente heures après la mort.

Les poumons ne contiennent pas de tubercule; les bronches seules sont congestionnées et gorgées de mucus. Le cœur est petit et pèse moins de 120 grammes. La rate est forte et atteinte de dégénérescence cireuse. Le foie également cireux pèse 900 grammes. Les reins sont gros et pèsent ensemble un peu plus de

(1) Recueillie par M. Wm. Ward Leadham, élève du service.

400 grammes; la substance corticale de ces glandes est très pâle et présente tous les caractères de la dégénérescence cireuse. Les intestins ne sont le siége d'aucune ulcération.

Commentaire. — Chez cette jeune fille, à la suite d'une affection chronique de l'échine du dos, et consécutivement à une scarlatine, s'est développée une maladie de Bright. D'abord il se manifesta des envies fréquentes d'uriner; la quantité journalière d'urine qui variait lors de l'entrée de 2000 à 2400 grammes, s'éleva bientôt à 4500. Cette exagération de la sécrétion rénale m'avait frappé et ne manqua pas de me suggérer un rapprochement entre ce cas et celui de Keegan, chez lequel nous avons constaté également une dégénérescence cireuse des reins et de divers autres organes. Quoique les détails de cette dernière autopsie soient un peu maigres, l'existence de cette même dégénérescence ne saurait ici être révoquée en doute.

Obs. CXCV (1). — *Albuminurie. — Ulcérations syphilitiques dans la gorge. — Hypertrophie de la rate et du foie. — Leucocythémie. — Dégénérescence cireuse des reins, du foie et de la rate.*

Commémoratif. — Edward Burns, manouvrier, âgé de 30 ans, marié, entré le 12 janvier 1860, ne se souvient pas d'avoir été malade et soutient notamment n'avoir jamais eu la syphilis. Cependant, il avoue avoir eu des bubons à la suite d'un effort. Le prépuce est remarquablement contracté. La gorge présente des ulcérations d'aspect syphilitique.

Symptômes a l'entrée. — La voix est rauque et il y a une toux criarde, parfois avec un peu d'expectoration muco-purulente. Au sommet du poumon droit, on constate une certaine rudesse de la respiration, mais sans exagération de la résonnance vocale. Bruits du cœur normaux. Pouls à 80, petit et faible. Le sang est pauvre en globules rouges; par contre, les globules blancs se présentent dans une proportion sensiblement plus grande que dans l'état normal. Les premiers sont pâles, flasques, montrant de la tendance à s'aligner sur leur plat au lieu de s'empiler comme des rouleaux de monnaie. Langue nette; appétit passable; selles normales. La matité hépatique s'étend depuis le sixième espace intercostal jusqu'au niveau de l'ombilic. La rate aussi est fortement hypertrophiée. L'urine est très albumineuse, sa densité est diminuée et elle contient des cylindres urinifères cireux. Le malade prétend n'avoir jamais rien observé de particulier de ce côté; mais le Dr Bennett ayant fait conserver l'urine de la journée pour la mesurer, il se trouve qu'il en a été rendu environ cinq litres. Ce liquide offre toujours une faible densité mais aucune trace de sucre. Jamais il n'y a eu d'œdème aux jambes, seulement les pieds ont quelquefois été un peu gonflés le soir, après une journée de travail trop rude. Au bout de quatre mois de séjour dans l'établissement, la santé générale de cet homme s'est beaucoup améliorée, et le foie a subi une légère réduction de volume. La quantité moyenne d'urine rendue journellement a été de 4200 à 7000 grammes, et la quantité de liquide ingérée de deux à quatre litres par jour. Dans les derniers temps, la quantité d'urine rendue a varié de 2700 à 3600 grammes. Le sang, de son côté, se rapproche davantage de l'état normal. Le traitement a consisté en *applications astringentes et au nitrate d'argent* sur les ulcérations de la gorge qui sont guéries.

(1) Recueillie par M. Colville Brown, élève du service.

A l'intérieur, on a donné la *teinture de sesquichlorure de fer et de l'iodure de potassium*. Parfois aussi, des ventouses sèches ont été appliqués sur les reins. Le malade a demandé sa sortie le 30 *avril*.

Le 7 *avril* 1861, cet homme s'est présenté à la consultation. Son aspect général est meilleur que l'année dernière. Il prétend se porter très bien, seulement il ajoute qu'il urine toujours abondamment. Le liquide rendu contient beaucoup d'albumine, et sa densité spécifique est très faible ; on constate encore des cylindres desquamatifs. La langue est nette, l'appétit bon, et il a y tous les jours deux selles régulières. Le foie toujours hypertrophié donne une matité verticale de vingt centimètres, et s'étend très loin du côté gauche. La rate est également hypertrophiée. Le sang contient des globules blancs en excès. Au sommet des deux poumons, l'expiration est rude et prolongée. Les bruits du cœur présentent une légère altération dans la tonalité, mais ne s'accompagnent d'aucun souffle.

13 *août* 1862. Le malade s'est présenté aujourd'hui. Il a maigri et dit que depuis un mois il n'a plus la force de travailler. Il rend toujours une grande quantité d'urine mais un peu moins albumineuse que ci-devant. Ce liquide abandonne un dépôt dans lequel on constate des cylindres hyalins, avec des granules de graisse formant des groupes isolés, comme s'ils étaient le résultat de la destruction de cellules. Aucune apparence d'hydropisie dans ces derniers temps. Foie toujours hypertrophié mais positivement moins qu'autrefois. Gêne fréquente de la respiration.

22 *septembre* 1863. Le malade se plaint beaucoup de la respiration; il tousse et souffre de la tête chaque fois qu'il se baisse ; l'hydropisie s'établit ; et la faiblesse rend le travail impossible. L'urine est toujours sécrétée en très grande abondance et le malade doit se lever trois ou quatre fois chaque nuit pour lâcher l'eau. Ce liquide est albumineux et présente des cylindres desquamatifs atteints de dégénérescence cireuse.

6 *novembre* 1863. Le malade est forcé de rentrer à l'infirmerie et succombe le 9, dans le service du Dr Sanders.

Autopsie. — Vingt-huit heures après la mort.

Corps assez amaigri.

Poitrine. — Le cœur est hypertrophié. L'aorte est très athéromateuse. Les poumons sont œdémateux, les bronches congestionnées et remplies de mucosités.

Abdomen. — Le foie n'est guère plus gros que d'ordinaire et présente à sa surface un grand nombre de nodules et de cicatrices. Au fond des dépressions formées par quelques unes de ces dernières, on remarque de petits nodules d'une nuance très pâle. Sur une surface de section, on observe une multitude de nodules disséminés dans tout le parenchyme. Ces nodules sont pâles, denses, et ressemblent beaucoup à de la cire d'abeilles; leur structure est beaucoup plus dense que celle du tissu environnant. A l'intérieur de quelques uns, on remarque des bandes de tissu fibreux qui les traversent ou les contournent en partie, et plus ces sortes de brides sont fortes et nombreuses, plus déprimées sont les cicatrices. Les nodules faisant saillie à la surface de l'organe ne présentent point ou bien peu de ces brides. Au contraire ceux situés dans l'enfoncement des cicatrices abondent de cet élément fibreux, lequel a même remplacé en grande partie les éléments glandulaires. De la teinture d'iode appliquée sur ces nodules leur communique, ou pour mieux dire donne à la substance offrant l'aspect de la cire, une coloration rouge brunâtre; les stries fibreuses prennent simplement une teinte jaune.

Examen microscopique. — Les nodules décrits ci-dessus présentent absolument tous les caractères des cellules hépatiques atteintes de dégénérescence cireuse. Au reste, ils sont composés entièrement de semblables cellules hypertrophiées, transparentes et finement granulaires. En certains endroits, on trouve les éléments cel-

Digitized by Google

lulaires désagrégés et remplacés par une substance finement granulaire où se voient quelques globules de graisse. Les stries de tissu fibreux présentent tous les caractères d'un dense tissu blanc aréolaire; plus ce tissu abonde, plus les cellules hépatiques sont atrophiées. Dans le reste du parenchyme, les cellules propres sont peu affectées par la dégénérescense cireuse, mais quelques uns des petits vaisseaux en sont manifestement atteints. Les reins ont leur substance corticale un peu contractée et offrent un spécimen des mieux caractérisés de la dégénérescence cireuse des vaisseaux et des corpuscules de Malpighi. Les villosités du petit intestin sont aussi le siège de dégénérescence cireuse; mais à part cela, le tube digestif n'offre rien d'anormal.

Commentaire. — Dans ce cas, comme chez les deux malades précédents, la quantité d'urine rendue dans les vingt-quatre heures s'est élevée jusqu'à sept litres. L'autopsie, nous venons de le voir, a révélé également une dégénérescence cireuse des organes parenchymateux.

Obs. CXCVI (1). — *Hypertrophie du foie et de la rate.— Leucocythémie et fibrinose du sang. — Albuminurie. — Dégénérescence cireuse des reins.*

Commémoratif. — Archibald March, 29 ans, cordonnier, marié, est entré le 13 février 1860. Le malade a déjà été à l'Infirmerie au mois d'avril de l'année dernière, pour un engorgement du foie et de la rate avec une légère leucocythémie. Il quitta l'établissement avec une amélioration sensible; mais, dans ces derniers temps, il lui est survenu de fortes oppressions en mangeant, quelques vomissements de sang et un affaiblissement général de plus en plus marqué; le sujet s'est donc décidé à rentrer à l'hôpital. Il avoue avoir eu, il y a plusieurs années, une syphilis suivie d'éruptions, de nodus, etc., et finalement des symptômes de sa maladie actuelle.

Symptômes a l'entrée. — Le sujet a un teint terreux, cachectique; sa poitrine est recouverte de taches brunâtres de pityasiasis nigra, qui datent de plusieurs années. Aucune apparence d'œdème. Pouls large, à 82. La matité cardiaque mesure six centimètres en travers. Le premier bruit s'accompagne d'un souffle doux, ayant son maximum d'intensité à la base. La proportion des globules blancs du sang est un peu accrue et les globules rouges ont une tendance à s'arranger en chapelets (voir fig. 60, dessinée d'après une préparation microscopique du sang de cet homme). Langue humide; appétit défectueux; soif ardente; parfois vomissements après les repas. Constipation. Le foie donne une matité de 23 centimètres, verticalement au-dessous du sein; il est partout le siège d'une vive sensibilité. La matité de la rate est de 14 centimètres de haut en bas. L'urine a une couleur d'ambre pâle; sa densité spécifique est de 1009; elle ne contient pas d'albumine. — 3 *mars*. La quantité d'urine rendue journellement s'élève à trois litres et demi; rarement elle est descendue à 2700 grammes, mais plusieurs fois elle est allée jusqu'à quatre litres. — 10 *mars*. On a constaté aujourd'hui dans les urines une légère trace d'albumine. Peu à peu cette dernière se montre en plus forte proportion et en même temps on observe, au microscope, un certain nombre de cylindres hyalins des tubuli rénaux affectés de dégénérescence cireuse. Cependant, malgré cette perte d'albumine, le malade, grâce à un régime généreux et à un traitement tonique, reprend bientôt assez de forces pour pouvoir quitter l'hôpital et reprendre son travail le 26 mars.

Cet homme est venu se montrer de temps en temps. Voici quel était son état le

(1) Recueillie par MM. Th Aonandale et P. M. Braidwood, élèves du service.

4 *décembre*. Aspect terreux et cachectique comme précédemment. Aucune sensibilité morbide dans l'abdomen. Le foie mesure verticalement sous le sein droit, dix-neuf centimètres, et la rate à peine douze centimètres. Le patient ne saurait dire approximativement ce qu'il rend d'urine par jour, mais il lui semble qu'il urine moins qu'autrefois. Ce liquide contient toujours assez d'albumine. Aucune trace d'hydropisie. Les ganglions du cou se sont engorgés fortement dans ces derniers jours. Le sang présente toujours un excès de globules blancs.

4 *février* 1861. Le foie et la rate ont sensiblement diminué de volume. Le teint est moins cachectique. Depuis quelques jours le sujet souffre dans le voisinage de l'ombilic et le long du bord antérieur du foie ; cette souffrance s'aggrave par les mouvements, par la pression et après les repas. Les selles ont une coloration foncée et contiennent un peu de sang rouge vermeil : cependant, il n'y a pas d'hémorrhoïdes. La quantité d'urine rendue journellement est en moyenne de trois litres et demi ; elle contient toujours de l'albumine. — 8 *octobre* 1861. L'aspect général du sujet semble plus cachectique. Il se plaint d'une violente douleur dans la région lombaire et le long des cordons spermatiques. Les symptômes du côté des reins n'offrent pas de changement, et le foie est toujours manifestement hypertrophié. — Depuis cette époque le sujet a séjourné à plusieurs reprises à l'Infirmerie. Entre temps, il allait reprendre son métier de cordonnier ; seulement, dans ces derniers temps, il a fait l'office de cuisinier dans la Mid-Lothian Militia, en garnison à Dalkeith.

21 *mars* 1864. Le sujet continue à uriner abondamment, d'ordinaire au-delà de trois litres et demi par jour. Les urines sont toujours albumineuses, seulement, on n'y trouve plus de cylindres desquamatifs. La matité hépatique verticale sous le mamelon, mesure seulement neuf centimètres ; l'organe est toujours assez sensible à la pression. Il n'y a jamais de nausées, et les selles sont régulières ; pourtant, depuis quelques semaines, il est survenu à plusieurs reprises une diarrhée intense, même des selles sanguinolentes. Plusieurs fois aussi le sujet a vomi des matières colorées par du sang. — 2 *novembre* 1864. Cet homme se présente à l'Infirmerie et nous apprend que sa santé a fait beaucoup de progrès ; depuis quelques mois il est en état de travailler d'une manière continue. Le foie et la rate continuent à diminuer de volume ; les globules blancs du sang sont revenus à peu près à leur proportion normale et les globules rouges offrent leurs caractères naturels. Pour le reste il n'y a pas de changement.

Commentaire. — Cet homme qui revint de temps en temps dans nos salles pendant onze années, nous a présenté tous les phénomènes de la dégénérescence cireuse des reins, du foie de la rate, décrits dans les observations précédentes. Le sang offrait des particularités fort rares : non seulement il présentait tous les caractères de la leucocythémie, mais il contenait une telle proportion de fibrine, qu'elle se déposait sous forme de fibres à l'instant même qu'on en disposait une goutte sous le microscope ; les globules rouges étaient également altérés dans leur forme, comme on le voit dans la fig. 59. A une certaine période, probablement, la muqueuse de l'intestin sera devenue le siége de dégénérescence cireuse. En 1860, nous avons vu apparaître de l'albuminurie — la quantité journalière d'urine s'élevant à quatre litres, — en un mot, tout s'accordait à révéler une dégénérescence cireuse très étendue et une hypertrophie des reins, du foie et de la rate. Nonobstant l'état de cachexie profonde, l'affaiblissement et les symptômes graves qu'il présentait, cet homme, s'est rétabli graduellement. Le volume du foie et de la rate avait diminué de

plus d'un tiers, et la santé s'était améliorée au point que le sujet se prétendit guéri, et était capable de vaquer régulièrement à son travail sans fatigue. Il mourut à l'Infirmerie, dans le service du Dr G. Stewart, le 5 février 1871. L'autopsie pût donc être faite, et est venue confirmer sur tous les points le diagnostic que j'avais posé onze années auparavant.

Les trois malades qui font l'objet des dernières observations, ont fortement attiré mon attention ainsi que celle de mes élèves, durant le printemps de 1860, à raison de leur similitude avec le cas de Keegan, chez qui j'ai noté, pour la première fois, cette sorte de polyurie albûmineuse, coïncidant avec une dégénérescence cireuse des reins et d'autres organes. Les nombreuses observations et autopsies dans lesquelles j'ai constaté depuis lors la dégénérescence cireuse des reins, me font regarder cette polyurie albumineuse comme un symptôme diagnostic d'une grande importance dans cette affection. Cette manière de voir a été amplement confirmée par un de mes anciens internes, le Dr Stewart, qui a écrit un mémoire spécial sur ce sujet. Nous en citerons le passage suivant :

« Un individu, après avoir longtemps souffert d'une maladie de langueur, comme la scrofule, une carie, une nécrose ou la syphilis, ou sans avoir aucune affection bien déterminée, perd ses forces, éprouve une faiblesse croissante et commence à uriner abondamment et à boire beaucoup. Contrairement à ses habitudes, il est obligé de se lever plusieurs fois la nuit pour lâcher l'eau et chaque fois en abondance. La quantité d'urine rendue journellement varie entre un bon litre et demi et six litres, toujours proportionnellement à la quantité de boisson ingérée, l'égalant d'ordinaire mais parfois la dépassant. Les pieds et les chevilles s'enflent à la suite d'une journée de grande fatigue, mais reviennent à leur état naturel, pendant le repos de la nuit. Chez beaucoup de ces malades, on constate une certaine dureté avec gonflement dans les régions occupées par le foie et par la rate, dépendant d'une augmentation de volume de ces organes. Le malade éprouve une lassitude continuelle et de l'éloignement pour tout exercice. Peu à peu l'urine devient albumineuse et quelques cylindres hyalins, provenant des tubules rénaux affectés de dégénérescence cireuse, s'observent dans le sédiment d'ailleurs très peu abondant que ce liquide abandonne. Sa densité spécifique descend à 1015 et même souvent à 1005. Le sang examiné au microscope présente quelques particularités : les globules blancs sont un peu plus nombreux et les rouges ont un aspect flasque et une tendance marquée à s'arranger en chapelet ; au lieu de former des sortes de rouleaux comparables à des piles de monnaie, ils prennent plus ou moins la forme de raquette. J'ai seulement observé ces altérations du sang lorsque la dégénérescence atteint les glandes lymphatiques ou les glandes sanguines. Le malade reste souvent dans cet état durant des mois ou même des années ; parfois il survient une amélioration momentanée, le foie et la rate diminuent de volume et le sang reprend en grande partie ses

caractères naturels. Cependant, tôt ou tard, il survient presque toujours une ascite ou une hydropisie générale, souvent avec accompagnement de diarrhée, et celle-ci est parfois très rebelle. A ce moment, l'urine devenue très albumineuse diminue de quantité ou même est pour ainsi dire supprimée. Il se fait alors des épanchements dans les cavités séreuses, ou il se manifeste une bronchite grave; enfin, le malade succombe à l'épuisement ou tombe dans l'assoupissement, et la maladie se termine par le coma et par des convulsions. »

Je vous conseille de lire les excellentes remarques du Dr Stewart, concernant la pathologie et les symptômes particuliers de cette maladie. Seulement, je vous engage à éviter l'expression de dégénérescence amyloïde pour désigner cette lésion, et cela pour les raisons que je vous ai exposées au long (t. I, p. 322).

Obs. CXCVII (1). — *Albuminurie avec phthisie pulmonaire. — Dépôt abondant de tubercule et diarrhée colliquative. — Atrophie graisseuse des reins. — Ulcérations intestinales.*

Commémoratif. — John Montgomery, 60 ans, tisserand, entré le 19 novembre 1852, raconte qu'il y a quelques années, il a passé par de dures privations qui furent l'origine de dérangements intestinaux fréquents. En général ces dérangements disparaissaient au bout de quelques jours, mais plusieurs fois ils ont duré assez longtemps et ont offert de la gravité. Un mois environ avant son entrée, il eut une diarrhée très violente allant jusqu'à douze selles par jour. Cet état de choses a toujours continué plus ou moins, non sans lui enlever ses forces et son embonpoint. Autant qu'il sache, les déjections alvines n'ont jamais contenu de sang. Il a eu aussi, il y a quelques semaines, une petite toux sèche sans expectoration ni dyspnée. Il se décida enfin à entrer à l'hôpital, mais son état de faiblesse est tel qu'en venant, il est tombé dans la rue où on l'a relevé le croyant ivre. Il assure pourtant n'avoir pas touché de liqueur depuis quelque temps; toutefois il s'est adonné à la boisson la plus grande partie de sa vie.

Symptômes a l'entrée. — La langue est sèche, sans enduit; les gencives et les dents sont encroûtées de fuliginosités. Il y a un peu de gêne de la déglution avec sentiment d'obstruction à la hauteur de la fourchette du sternum. Appétit nul; soif vive; pas de nausées ni de vomissement; pas de douleur à l'épigastre, mais tranchées fréquentes dans le ventre. Selles liquides, aqueuses, d'un brun-rougeâtre, s'accompagnant d'épreintes et de ténesme. On n'y voit aucune apparence de sang, mais bien des mucosités sous forme de filaments, parfois c'est simplement quelques écumes glaireuses; pas d'hémorrhoïdes. L'abdomen est contracté; le foie légèrement augmenté de volume donne une matité verticale de treize centimètres. La cage thoracique semble contractée et ne se dilate pas librement. La percussion ne décèle nulle part de matité. La respiration est faible et l'expiration prolongée; elle prend un peu le caractère tubaire sous la clavicule droite, où la résonnance de la voix est légèrement exagérée. A la partie inférieure du côté droit, en avant, on constate un fin bruit de friction. Les crachats sont peu abondants, muco-purulents, jamais teints de sang. Pouls à 124, petit et faible. Bruits du cœur normaux. L'urine

(1) Recueillie par M. W. M. Calder, élève du service

soumise à l'ébullition ou traitée par l'acide nitrique, montre un léger nuage blanchâtre, mais ne se coagule pas à proprement parler; sa densité spécifique est de 1012. Les autres fonctions sont normales. Prescr. : *Solution de chlorhydrate de morphine*, 8 *grammes*. *Teinture* de *cachou*, 22 *grammes*. *Mixture de craie*, 180 *grammes*. *M. En prendre une cuillerée toutes les trois heures*. 180 *grammes de vin*. *Viandes rôties*.

Marche de la maladie. — 20 *novembre*. Le malade a délire toute la nuit; il est extrêmement faible ce matin, cependant la diarrhée est moins forte. — 22 *novembre*. Il se plaint davantage de sa toux et d'une douleur dans le côté droit qui lui traverse la poitrine jusque dans le côté gauche. A droite, on constate encore du bruit de friction et quelques fins râles humides. Résonnance vocale très exagérée. Urines diminuées de quantité, de couleur naturelle, donnant un nuage floconneux par l'ébullition et par l'acide nitrique. Arrêt de la diarrhée. Pouls à 112, petit et faible. — 24 *novembre*. Le malade décline visiblement, au point qu'on n'ose le remuer pour examiner le thorax. Une selle a été rendue, mais plus une goutte d'urine depuis hier. Mort ce matin à quatre heures, dans le coma.

Autopsie. — Cinquante-six heures après la mort.

Amaigrissement modéré; muscles bien nourris.

Thorax. — *Cœur* normal. Adhérences limitées entre les *plèvres* sur les deux lobes supérieurs. Les deux *poumons* présentent des groupes disséminés de tubercules à l'état miliaire, mais dont quelques-uns sont en train de se ramollir ou même ont laissé à leur place de petites excavations sèches, au sommet. Le tissu pulmonaire entourant ces tubercules est généralement induré, noirâtre par suite d'un dépôt de matière carbonacée. Les glandes bronchiales sont également noirâtres et hypertrophiées.

Abdomen. — L'estomac, le jéjunum et les deux tiers supérieurs de l'iléon sont normaux. Dans le tiers inférieur de cette dernière portion intestinale, il existe quelques ulcères, au nombre de huit à douze, ayant de six à dix-huit millimètres de largeur; quelques uns ont leurs bords congestionnés; ils présentent d'ailleurs tous les caractères des ulcères tuberculeux. Le *côlon* est rétréci vers son extrémité inférieure. La *rate* est pâle et sa capsule péritonéale est épaissie; elle est en outre assez petite mais ne présente pas d'altération caractérisée. Le *foie* est légèrement hypertrophié et présente des marques évidentes de dégénérescence graisseuse. Les reins sont plus petits qu'à l'ordinaire : le droit mesure neuf centimètres de long sur quatre et demi de largeur et deux d'épaisseur; le gauche offre à peu près les mêmes dimensions. On a négligé de mentionner leur poids. La capsule de ces organes s'enlève facilement, leur surface est alors un peu inégale mais sans tubercule distinct. Le réseau veineux superficiel est très serré mais irrégulièrement. A la coupe, on voit la substance corticale notablement diminuée d'épaisseur (environ neuf millimètres de la surface à la base des pyramides); ces dernières apparaissent encore assez distinctes, quoique offrant l'aspect de granulations opaques. En examinant à la loupe une coupe du rein, on aperçoit dans la substance corticale une multitude de très petits kystes; il faut même une lentille d'un demi pouce de foyer pour en reconnaître le plus grand nombre. A l'aide de la même loupe ou même à l'œil nu, on distingue aisément une quantité de points opaques ayant une nuance de gomme-gutte claire, également situés dans la substance corticale. Les plus volumineux ont au plus un demi millimètre de largeur; ils ont des limites bien nettes, et si on les ouvre il s'en écoule un liquide de la même couleur. Enfin la substance corticale est encore le siège de quelques taches pétéchiales, ayant tous les caractères des extravasations sanguines.

Examen microscopique. — A l'aide d'un fort grossissement, les tubuli urinifères apparaissent normaux en certains endroits, sauf quelques petites granulations dans

leur épithélium ; ailleurs, au contraire, ces tubes sont garnis de granulations graisseuses. L'épithélium conserve généralement sa forme et ses caractères naturels, au moins dans les tubuli où il ne se rencontrepas trop de granules graisseux.

En beaucoup d'endroits, la substance corticale apparaît comme criblée de petits kystes, constituant la troisième forme sous laquelle ils se présentent, voir t. II, p. 443. Dans le liquide exprimé des points jaunes signalés plus haut dans la substance corticale, on voit un nombre immense de granules graisseux, en partie libres, en partie agglomérés en amas amorphes ou en masses granulaires arrondies ayant de deux à trois dixièmes de millimètres de diamètre ; ailleurs enfin, ces granules sont renfermés dans des cellules à parois très délicates et transparentes, rappelant l'aspect de l'épithélium pavimenteux. Les cellules de cet épithélium sont plus transparentes et sont généralement un tiers plus petites que celles appartenant aux tubules rénaux.

Commentaire. — L'affection des reins était ici associée à la phthisie ; ce n'est d'ailleurs pas le premier exemple que nous en voyions, seulement l'altération des reins plus ancienne et plus avancée était arrivée à la dernière phase de la dégénérescence graisseuse plutôt que cireuse. Comme nous venons de le voir, l'urine ne contenait pas beaucoup d'albumine ; il s'y produisit simplement un léger nuage sous l'action de la chaleur et de l'acide nitrique. Des selles diarrhéiques prolongées avaient privé l'économie de fortes quantités de liquide, aussi n'avons-nous pas vu d'hydropisie. Le malade mourut dans le coma consécutif à la suppression de la sécrétion urinaire. Les Drs Christison et Peacock ont signalé la fréquence de la maladie de Bright comme complication de la phthisie; j'ai eu souvent l'occasion de vérifier la justesse de cette observation; de plus, j'ai constaté que dans la plupart des cas, la lésion rénale consiste dans une dégénérescence cireuse.

Les cas relatés ci-dessus offrent des exemples variés des formes inflammatoire, cireuse et graisseuse de la maladie de Bright. Je pourrais aisément multiplier les faits et décrire toute une foule d'autres lésions intermédiaires; mais celles que je vous ai signalées, concurremment avec les observations des malades qui ont guéri ou bien ont obtenu une simple amélioration, suffisent pour vous faire saisir les caractères essentiels, ou les points principaux concernant la pathologie, le diagnostic et le traitement de la maladie de Bright. Je vais vous parler brièvement de chacun de ces points en particulier.

Pathologie de la maladie de Bright.

Beaucoup de dénominations ont été proposées pour désigner la maladie à laquelle est attaché le nom du Dr Bright. Jusqu'à présent, néanmoins, il n'en a été créé aucune pour indiquer suffisamment les lésions rénales qui amènent l'hydropisie et l'albuminurie persistante. C'est pourquoi nous conservons cette dénomination qui n'en est pas moins appropriée pour désigner l'affection caractérisée par une hydropisie plus ou moins grave, déterminée par l'obstacle au fonctionnement des reins et s'accompagnant de la présence d'albumine dans l'urine.

La nature de l'obstacle au fonctionnement rénal diffère considérablement selon les circonstances ; cependant, je crois pouvoir rapporter à trois chefs les causes pathologiques de l'affection rénale qui se manifeste par de l'hydropisie et par une albuminurie persistante ; ces trois chefs sont : 1° l'inflammation aiguë ou chronique ; 2° la dégénérescence cireuse, et 3°, la dégénérescence graisseuse.

1° *La forme inflammatoire* est aiguë ou chronique ; la première est généralement provoquée par toutes les causes capables d'exciter une inflammation dans d'autres organes. Elle s'annonce par des frissons, par des symptômes fébriles, s'accompagne de douleurs dans la région lombaire, et les phénomènes généralement décrits sont ceux appartenant à la néphrite (voir t. II, p. 419 et suiv.). L'état chronique succède à l'état aigu, ou bien il s'établit d'emblée par suite des mêmes causes ou d'autres échappant à notre observation, de sorte que les signes de l'hydropisie sont les premiers qui éveillent l'attention. Si l'on soumet alors les urines à l'analyse chimique, on y découvre de l'albumine, et le sédiment déposé par ce liquide examiné au microscope, montre des cylindres moulés de différentes sortes, avec des cellules épithéliales, des globules sanguins, différents sels et d'autres produits morbides. Les cylindres moulés des tubules urinifères présentent un aspect finement moléculaire et fibrineux (*cylindres exsudatifs*), ou bien sont mêlés à la matière fibrineuse, à des cellules épithéliales et à des noyaux libres détachés des tubuli (*cylindres desquamatifs*). D'autres produits variables suivant la phase à laquelle les lésions sont arrivées et les tissus envahis, peuvent aussi se présenter ; nous en parlerons à propos du diagnostic.

Quand on examine les reins d'un sujet atteint de cette forme de la maladie, on les trouve, dans l'état aigu, plus ou moins congestionnés, nuancés diversement depuis le rouge vif jusqu'au brun foncé. Leur surface est assez souvent recouverte de petites taches ecchymotiques dues à des extravasations sanguines dans les extrémités contournées des tubuli. La congestion extrême et les extravasations de sang, en obstruant ces tubes et entravant la sécrétion de l'organe, forment la principale source de danger dans cette affection. On y observe encore fréquemment un exsudat fibrineux remplissant les tubules, auquel sont entremêlées des cellules épithéliales ; ici encore, c'est l'étendue de l'obstruction ainsi produite, même en l'absence d'une congestion sérieuse, qui est la mesure du danger pour le malade. (Voir Obs. CLXXVIII.) A mesure que l'affection devient chronique, cette intense coloration uniforme diminue et laisse à sa place des arborisations irrégulières qui font paraître la surface du rein comme pointillée ; le sang extravasé s'absorbe ; les exsudats, s'ils ne sont délogés et entraînés par fragments dans l'urine, se désagrègent graduellement en passant ou non par la transformation purulente ou par la transformation graisseuse. Il s'établit ainsi à la longue, par suite de la continuité de cette pression, une obstruction permanente des tubules urinifères et

finalement une atrophie du tissu du rein. De la sorte, cet organe diminue de plus en plus de volume, devient de moins en moins apte à remplir ses fonctions, et, finalement, le malade succombe (voir Obs. CXCVII).

2. *La forme cireuse* de cette maladie est généralement chronique et, la plupart du temps, accompagne ou complique l'une ou l'autre affection scrofuleuse, syphilitique ou cachectique quelconque. De l'hydropisie, un teint particulier, comme terreux, et de l'amaigrissement, en constituent les traits caractéristiques. L'urine, à mesure que le mal progresse, augmente de quantité jusqu'à une certaine époque, puis diminue et se supprime de plus en plus; le sujet meurt d'épuisement ou dans le coma. Le sédiment déposé par les urines est d'ordinaire peu abondant; on y remarque des cylindres hyalins (*waxy casts*) et un petit nombre de cellules épithéliales généralement incolores et transparentes. Il n'est pas rare néanmoins, de trouver au début des cylindres desquamatifs avec un peu de fibrine, et composés de cellules étroitement agrégées. Cette forme de la maladie, bien que mêlée avec les diverses autres lésions qui l'accompagnent ordinairement, peut être reconnue dans la majorité des cas.

Si l'on examine un rein affecté de dégénérescence cireuse, on trouve généralement sa texture plus résistante et plus dense au toucher; parfois son volume est rapetissé, d'autres fois il est augmenté; enfin ce qui le caractérise, c'est sa coloration fauve claire, avec des variations de nuances qui le font ressembler à de la cire salie. Les coupes qu'on y pratique offrent une surface unie et des bords plus ou moins translucides. Cela tient à la diminution de la vascularité et à une transparence particulière que l'on remarque dans tout le parenchyme de l'organe. Si l'on examine à un grossissement de 250 diamètres une coupe mince de ce tissu, on remarque les corps de Malpighi plus transparents et refractant la lumière plus fortement qu'à l'état normal (fig. 512). Les tubuli sont devenus incolores, souvent dépourvus d'épithélium et d'une blancheur particulière. Les cellules ont leurs noyaux plus ou moins atrophiés et ressemblent à celles du foie, quand cet organe est affecté de la même façon (voir fig. 356 t. I, p. 321). Au reste, cette altération des reins est fréquemment associée à une transformation analogue du foie, de la rate et de la muqueuse intestinale. La nature de cette dégénérescence cireuse est inconnue; il est probable pourtant qu'elle tient à une altération de composition chimique avec transformation albuminoïde

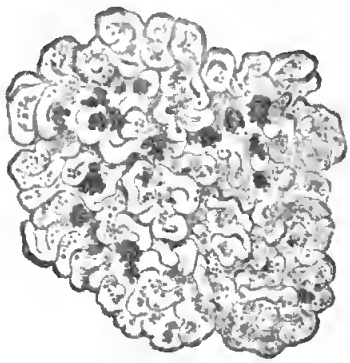


Fig. 512.

Fig. 512. Dégénérescence cireuse d'un corpuscule de Malpighi, montrant un petit nombre de cellules granulaires. (*Wedl.*)

des éléments du tissu. En tous cas, elle n'est certainement pas amyloïde, comme nous l'avons déjà dit, t. I, p. 322. Quoi qu'il en soit de sa véritable nature, cette dégénérescence circuse rend les tissus plus perméables aux liquides, de là ce flux excessif du côté des reins et de la muqueuse intestinale, lorsqu'elle est également affectée.

3. *Forme graisseuse.* Cette forme peut être la conséquence d'une inflammation, nous l'avons déjà dit, mais fréquemment aussi elle en est indépendante. La maladie affecte ici une marche chronique et n'est guère aussi souvent associée avec la scrofule et la tuberculose; elle se rencontre plutôt chez les individus plus avancés en âge, atteints de lésions cardiaques ou bronchitiques, ou encore adonnés à l'intempérance. Fréquemment aussi il existe en même temps une dégénérescence graisseuse du cœur et du foie. L'albuminurie et l'hydropisie sont des symptômes constants de cette lésion, et les sédiments urinaires contiennent une multitude de cylindres moulés dans les tubuli rénaux criblés de granules graisseux (*cylindres graisseux*), et de cellules granulaires.

En examinant les reins d'un individu qui a succombé à cette forme de l'affection, on voit les tubes urinifères plus ou moins obstrués par des granules graisseux, accumulés peu à peu à l'intérieur des cellules épithéliales. Ces dernières se détachent, se crèvent même; leur contenu s'accumulant à l'intérieur du tube l'obstrue et en même temps comprime le tissu glandulaire avoisinant (fig. 513, *a* et *b*). Insensiblement les vaisseaux eux-mêmes sont comprimés à tel point que l'organe affecté paraît exsangue, bien qu'il soit hypertrophié, et il prend une couleur fauve claire ou d'un blanc sale.

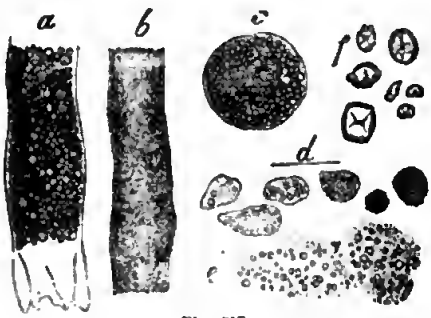


Fig. 513.

La trame fibreuse est parfois hypertrophiée et produit des contractions autour des tubes entortillés et des irrégularités à la surface de l'organe. Parfois aussi, des amas considérables de granules graisseux se forment, font éclater les tubes et présentent à l'œil nu l'aspect de taches ou de granulations d'une nuance fauve claire, disséminées en nombre plus ou moins grand dans toute l'épaisseur de la substance corticale. On conçoit aisément comment ces accumulations de graisse, la pression et les obstruc-

---

Fig. 513 Éléments offerts par un rein atteint de dégénérescence graisseuse. *a* et *b*, Tubes remplis de granules graisseux; l'un d'eux montre sa membrane propre à nu. *c*, Coupe transverse d'un de ces tubes. *d*, Épithélium graisseux des tubes. *e*, Graisse amorphe provenant de l'intérieur des tubes. *f*, Cristaux d'acide urique dans un de ces tubes. (*Wedl.*) 350 *diam.*

tions qui en résultent doivent amener finalement une telle perturbation dans les reins qu'ils deviennent insuffisants ou incapables de remplir leurs fonctions (voir Obs. CXCVII).

Fig. 514.

Quand on racle la surface d'un rein affecté de dégénérescence graisseuse et qu'on examine au microscope ce que le couteau a enlevé, après y avoir ajouté une goutte d'eau, on y trouve des débris et des cellules pareilles à ce qui est représenté dans les fig. 513 et 514. Ce sont des portions de tubes urinifères gorgés de granules de graisse libres et de cellules épithéliales remplies également de ces mêmes granules. Si l'on fait une coupe mince du parenchyme de l'organe, on voit assez souvent les tubes sécréteurs, conservant leur disposition naturelle respective, remplis de granules analogues; le tissu fibreux intermédiaire est tellement développé et

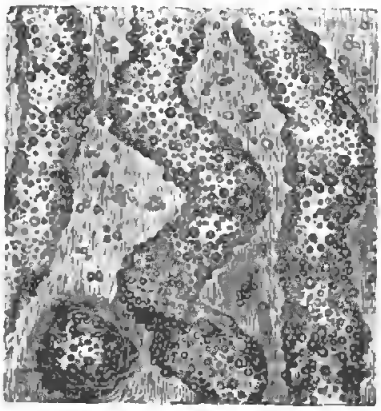


Fig. 515.

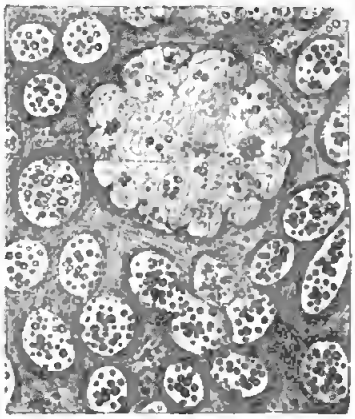


Fig. 516.

épaissi, qu'il en résulte un aspect comparable sous beaucoup de points de vue à celui de la cirrhose du foie. Au reste, la plus grande analogie existe entre cette dernière altération et l'atrophie avec état granuleux du rein. Les fig. 515 et 516 représentent des coupes pratiquées dans la substance corticale.

Telles sont, en résumé, les trois formes sous lesquelles, d'après moi, se présente la maladie de Bright. Elles peuvent se rencontrer séparément ou se trouver réunies et plus ou moins confondues. Ainsi une portion du parenchyme rénal sera congestionnée ou enflammée tandis qu'une autre

---

Fig. 514. Portion de tube graisseux et cellules épithéliales également graisseuses, enlevées en raclant la surface d'un rein atteint de dégénérescence graisseuse.

Fig. 515. Coupe longitudinale d'un rein graisseux, montrant ses tubes chargés de granules de graisse.

Fig. 516. Coupe transverse du même. *i*, Corps de Malpighi (*Christison*). 250 *diam.*

sera déjà atteinte de dégénérescence graisseuse; ailleurs encore on verra réunies les formes graisseuse et cireuse. C'est de cette manière seulement qu'il est possible de s'expliquer les diverses nuances d'altération que les reins sont susceptibles de présenter durant le cours de l'albuminurie persistante avec hydropisie. Toutes ces lésions en enrayant la fonction sécrétoire des cellules, s'opposent plus ou moins au travail de ces organes émonctoires si importants. Cet état de choses persistant, à la longue, le sang subit une viciation profonde, par suite de l'accumulation de ces matériaux de déchet destinés à être rejetés par les urines. En même temps, les vaisseaux étant plus ou moins congestionnés, les corpuscules de Malpighi plus ou moins comprimés et les tubes uriniféres obstrués, il en résulte un épanchement séreux; l'albumine passe dans les urines et leur communique cette faculté de se coaguler qui constitue un caractère pathognomonique de la maladie.

Diagnostic de la maladie de Bright.

Le diagnostic de la maladie des reins, dite de Bright, se fonde sur trois ordres d'observations : 1° sur les symptômes; 2° sur l'analyse chimique, et 3° sur l'examen microscopique des urines.

Symptomatologie. — Dans les formes aiguës, la douleur à la région lombaire, des urines fortement colorées, coïncidant avec d'autres signes de néphrite, enfin, l'hydropisie; d'autre part, dans les formes chroniques, l'apparition de l'hydropisie souvent en l'absence de symptômes du côté des reins, tels sont les signes diagnostiques principaux de cette affection. Des envies continuelles d'uriner et le rejet d'une grande quantité de liquide sont des phénomènes dont il y a toujours lieu de se préoccuper. Toutefois, ces symptômes restent plus ou moins vagues tant que l'essai chimique des urines n'y a point démontré la présence d'albumine.

Analyse chimique de l'urine. — L'essai chimique de l'urine exige l'emploi combiné de la chaleur et de l'acide nitrique. La chaleur seule donne souvent lieu à la précipitation de sels terreux, et à simple vue on pourrait prendre ce précipité pour un léger nuage d'albumine. L'acide nitrique, d'autre part, donnera lieu à un précipité d'acide urique, pour peu que l'urine contienne de l'urate d'ammoniaque en excès. Mais si le nuage produit par la chaleur ne se dissipe point sous l'action de l'acide nitrique, on est à peu près certain que le liquide contient de l'albumine. Cependant, sachez que la seule présence d'albumine dans l'urine ne suffit pas pour établir l'existence de la maladie de Bright. L'albuminurie accompagne la cystite, l'hématurie, peut très bien être la suite de l'action d'un vésicatoire de cantharides sur les reins, ou encore la conséquence de l'hydrargyrisme, d'écarts de régime ou même de dyspepsie confirmée. Dans tous ces cas, néanmoins, l'albuminurie est temporaire et ne présente pas le caractère diagnostique de la *persistance*.

Examen microscopique de l'urine. — La meilleure méthode que je connaisse pour déterminer la forme et la structure des éléments organiques contenus dans l'urine, consiste à laisser reposer ce liquide une douzaine d'heures, puis à le décanter et à recueillir dans une éprouvette les dernières gouttes avec le sédiment. Après un nouveau repos de douze heures, le précipité concentré se trouve au fond et il n'y a plus qu'à le transporter sous le champ du microscope. Le plus souvent même, il suffit de recueillir l'urine dans un verre à champagne, d'attendre jusqu'à ce que le dépôt soit formé, enfin de décanter avec soin ou d'enlever le sédiment avec une pipette et d'en déposer un peu sur le verre d'observation. On y découvre habituellement différents sels, des cellules, des filaments de champignons, des débris de cylindres, des tubes uriniféres (voir t. I, pp. 122 à 126, et fig. 102 à 114). Mais pour reconnaître ces divers éléments, il faut être familiarisé avec les études histologiques. Les éléments caractéristiques de la maladie de Bright sont les moules (*cast*) ou cylindres séparés des tubuli uriniféres. Il en existe de quatre sortes.

1. *Cylindres exsudatifs.* — Il sont constitués par un exsudat fibrineux, lequel dans la forme inflammatoire est épanché à l'intérieur des tubes dont il prend la forme ou reproduit le moule. Ils sont analogues aux moules produits dans les petites bronches dans tous les cas de pneumonie, et se distinguent sous le microscope par leur structure moléculaire uniforme. Ils se produisent surtout dans les cas aigus, sont fréquemment associés à des globules sanguins, et il n'est pas rare d'observer en même temps des cylindres desquamatifs et des cellules épithéliales (fig. 108 *b*, et 517).

Fig. 517

2. *Cylindres desquamatifs.* — Ils sont formés par des amas d'épithélium de revêtement des tubuli, parfois entassés les uns contre les autres, d'autres fois agglutinés au moyen de l'exsudat moléculaire qui vient d'être décrit. Ils sont le produit de l'exfoliation par plaques plus ou moins étendues de la membrane cellulaire qui tapisse les tubes. Dans les cas aigus, on les trouve souvent associés à des cylindres exsudatifs, et dans les cas chroniques à des cylindres graisseux ou cireux dont nous allons parler. (Voir fig. 108 *a*, et fig. 518.)

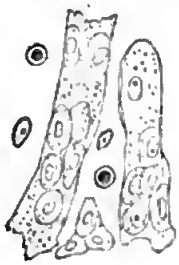


Fig. 518.

3. *Cylindres graisseux.* — Ils consistent également en plaques épithéliales, seulement elles ont subi une dégénérescence graisseuse préalable, par suite d'une accumulation plus ou moins grande de granules huileux à l'intérieur des cellules. Il arrive que les cellules crèvent, leur contenu

Fig. 517. Deux cylindres exsudatifs, avec une cellule épithéliale et une masse d'exsudat coagulé.

Fig. 518. Cylindres desquamatifs avec des corpuscules sanguins, des noyaux libres et des cellules. 250 *diam.*

s'épanche dans les tubes, et toute apparence cellulaire peut même avoir disparu (voir fig. 109, t. I, p. 124 et fig. 515). D'autres fois les cellules sont plus ou moins atteintes, l'accumulation de graisse ne faisant que commencer, comme dans la fig. 519. Ces cylindres graisseux se rencontrent fréquemment avec des fragments de cylindres desquamatifs, avec un petit nombre de cellules plus ou moins graisseuses et souvent aussi avec la dernière espèce de cylindres dont nous allons parler (fig. 519).

4. *Cylindres cireux.* — Ces cylindres offrent un aspect excessivement diaphane, on les dirait dépourvus de toute structure. Ils seraient sécrétés, d'après le Dr Johnson, par la membrane propre du tube urinifère à la suite de la destruction de son revêtement épithélial. Je me demande s'ils ne seraient pas plutôt formés par cette membrane propre elle-même devenue le siége d'une transformation chimique dont nous ne connaissons pas encore bien la nature? Ces cylindres cireux sont fréquemment associés avec les deux dernières sortes décrites ci-dessus et spécialement avec les cylindres graisseux (fig. 519 et 520). Il n'est pas rare de rencontrer tous les degrés de cette dernière transformation dans une même préparation, certains tubes conservant encore des cellules épithéliales, d'autres en étant dépourvus et présentant la transparence particulière à la dégénérescence cireuse (fig. 515, 520).

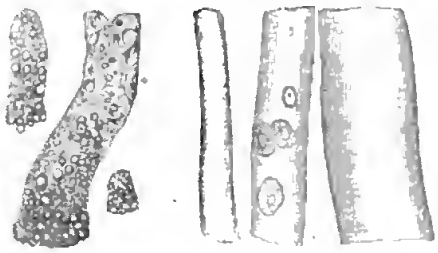


Fig. 519. Fig. 520.

La signification exacte de ces différentes sortes de cylindres moulés n'est pas encore parfaitement déterminée au point de vue clinique. D'après mes observations, les cylindres exsudatifs coïncideraient avec la forme aiguë de la maladie, les cylindres desquamatifs avec la forme subaiguë et les cylindres graisseux avec la forme chronique. Quant aux cylindres cireux, ils correspondraient à une altération destructive de l'élément tubulaire du rein. Or, comme les divers degrés de la maladie peuvent se rencontrer en même temps dans un rein, les diverses sortes de cylindres doivent également s'observer ensemble, mêlées à d'autres éléments structuraux du tissu glandulaire. La prédominance d'une sorte suffira généralement au pathologiste pour établir avec assez de certitude la nature de la lésion dont l'organe est atteint. Ces cylindres présentent de grandes différences de calibre ; il en est de beaucoup plus minces que les tubes urinifères eux-mêmes, ce qui indique une contraction considérable de ces derniers.

Fig. 519. Cylindres graisseux et cellule granulaire.
Fig. 520. Cylindres cireux de différentes grandeurs. 250 *diam.*

[RÉTINITE ET NÉVRO-RÉTINITE ALBUMINURIQUE.

Parmi les symptômes signalés dans plusieurs des observations de maladie de Bright qui précèdent, nous notons des troubles de la vision. Il est très commun, en effet, de rencontrer des symptômes oculaires dans cette affection et déjà Bright en avait parlé. Landouzy, de Rheims, signala le premier l'amaurose albuminurique comme une affection fréquente et spéciale. La découverte de l'ophthalmoscope permit d'étudier les lésions intra-oculaires auxquelles se rapportent ces troubles visuels; elles se limitent particulièrement au nerf optique et à la rétine.

La rétinite ou névro-rétinite albuminurique est caractérisée principalement par un trouble nuageux gris rougeâtre ou tirant sur la couleur fauve, de la papille optique, dont il efface plus ou moins les contours, mais sans s'étendre beaucoup au-delà. C'est une espèce d'infiltration séreuse, spécialement du tissu connectif qui supporte les fibres nerveuses optiques, offrant une multitude de fines stries blanc-grisâtres, suivant la direction des fibres nerveuses, et formant autour de la papille une sorte d'auréole concentrique. En dehors de ce disque d'infiltration, règne une zône de larges plaques irrégulières d'un blanc brillant, dentelées surtout du côté de l'équateur du globe. Ces plaques semblent traversées ou surmontées par les vaisseaux de la rétine, dont les veines apparaissent grossies et tortueuses, tandis que les artères sont comparativement beaucoup plus petites et plus souvent interrompues dans leur parcours, ou cachées derrière l'exsudat. Entre les vaisseaux se voient fréquemment des taches hémorrhagiques allongées et striées aussi dans le sens des fibres nerveuses. Ces ecchymoses s'observent surtout entre les plaques blanches précédentes, rarement sur la papille, mais assez souvent le long des veines, comme si le vaisseau s'était rompu et le sang se serait épanché dans le tissu cellulaire qui l'entoure. Enfin, en dehors de la zône des larges plaques blanches, existent des séries de petites taches ou points blanc-jaunâtres qui paraissent comme des éclaboussures à côté des premières. A la région de la macula, ces points affectent une disposition singulière, elles y forment une sorte de groupe étoilé ou en arc de cercle dont le centre de convergence serait la tache jaune.

Telle est la forme typique des lésions visibles à l'ophthalmoscope, mais, souvent ces caractères sont loin d'être aussi prononcés : ainsi la papille paraît quelquefois à peine affectée et il se voit seulement quelques plaques blanches isolées ou côtoyant les vaisseaux, quelques hémorrhagies striées, enfin les points jaunâtres disposés en étoile autour de la tâche jaune. Ces lésions affectent presque toujours les deux yeux à la fois.

Quant aux symptômes fonctionnels, ils sont loin de correspondre toujours aux lésions apparentes. Les troubles visuels surviennent d'ordinaire lentement, et les malades sont longtemps avant de s'en apercevoir; ils ne sont même bien sensibles que quand la région de la macula est envahie

soit par les taches blanches soit par les hémorrhagies. L'affection se bornant à l'hémisphère postérieur de l'œil, la vision périphérique reste longtemps intacte et le champ visuel n'est pas rétréci. Au début, les malades se plaignent tout au plus d'un peu de fatigue et, comme disait Trousseau d'une certaine presbytie (ou plutôt hypermétropie), due à l'épaississement de la rétine, ce qui en reporte le plan en avant du point où se forment les images des objets rapprochés. Mais quand les lésions s'étendent et surtout atteignent la région de la macula, les malades en arrivent à pouvoir à peine se conduire.

On ne connaît pas encore bien la pathogénie de cette affection, par la double raison qu'on a rarement l'occasion de l'observer à son début et qu'elle a fait l'objet de trop peu d'examens microscopiques, au moins à ses divers degrés. Le mal semble débuter par de l'engorgement des veines rétiniennes, qui deviennent plus ou moins tortueuses et plus foncées en couleur. Les artères au contraire conservent leur volume normal ou même diminuent de calibre. Une sorte de brouillard semble voiler ces vaisseaux et s'amasser autour de la papille, dont les contours disparaissent, à mesure que le nerf optique et son pourtour s'infiltrent. C'est à cette période que, la plénitude veineuse augmentant, des hémorrhagies capillaires se produisent, ainsi que de petites ruptures vasculaires. L'exsudation rétinienne, en fournissant une plus grande quantité d'éléments nutritifs, provoque dans le tissu cellulaire une hyperplasie imparfaite, bientôt suivie de la régression graisseuse. C'est à cet état de sclérose du tissu connectif périvasculaire et des couches granuleuses, surtout de l'externe, que sont dues les larges taches de la zône péripapillaire. A mesure que la régression ou dégénérescence graisseuse s'empare des éléments de nouvelle formation, elle envahit également les éléments normaux, notamment les extrémités des fibres radiaires; c'est à cette dégénérescence que Schweigger attribue les points disposés en arc de cercle ou en étoile autour de la macula. Si l'état inflammatoire ne dure pas trop longtemps et n'a pas été poussé trop loin, les lésions peuvent disparaître en grande partie et la vision se rétablir. Mais lorsque le mal à atteint un certain degré, les fibres nerveuses s'atrophient et l'affection finit par l'atrophie papillaire avec cécité plus ou moins complète.

A quelle cause faut-il attribuer ces lésions? Une réponse est aussi difficile à donner ici que pour les altérations des reins analogues à celles de l'œil et que pour l'infiltration séreuse qui, à une certaine période de la maladie de Bright, envahit tout le tissu cellulaire et les organes parenchymateux. Les uns ont voulu voir dans les hémorrhagies l'effet d'une congestion active du système vasculaire de la rétine, par suite de l'hypertrophie du ventricule gauche, fréquente dans la maladie de Bright. Mais si l'on songe que le calibre des artères est souvent diminué, et que l'hypertrophie en question est surtout fonctionnelle, c'est-à-dire causée par la difficulté de la circulation périphérique, par suite de l'altération des artères devenues souvent athéromateuses et plus ou moins rugueuses à

l'intérieur, on voit que cette cause doit avoir bien peu d'effet sur la production des hémorrhagies, comme aussi sur la plénitude veineuse qui, par contre, est bien une cause d'exsudation. D'autres ont vu dans les hémorrhagies une suite de l'altération du liquide sanguin lui-même. Mais pourquoi, dans ce cas, ne voit-on pas les mêmes hémorrhagies dans d'autres tissus où les vaisseaux ne sont pas plus résistants, comme il arrive dans le scorbut et dans le purpura? Deux ordres de causes plus efficientes semblent expliquer ces phénomènes d'une manière plus satisfaisante. 1° L'exsudation du plasma sanguin, en donnant lieu notamment à une hypoplasie du tissu connectif périvasculaire, et partant à une sorte d'inflammation, rend les parois des vaisseaux plus fragiles d'un part, et bien moins capables de résister, d'autre part, au trop plein résultant de la difficulté de la circulation de retour à travers les exsudats et la papille infiltrée. 2° Rien n'est fréquent, dans la maladie de Bright chronique, comme la dégénérescence graisseuse (état athéromateux) et la dégénérescence cireuse des parois vasculaires elles-mêmes et aussi de leur membrane adventice dans la rétine; de là une cause d'hémorrhagies inévitables.

Telle nous paraît être la meilleure théorie de la rétinite albuminurique; au moins semble-t-elle concorder d'une manière satisfaisante avec les symptômes observés à l'ophthalmoscope et avec les lésions constatées au microscope.

En résumé, au point de vue pratique, le diagnostic repose principalement sur l'infiltration de la papille avec l'auréole qui l'entoure, sur la zône de plaques blanches, sur les ecchymoses situées le long des vaisseaux et entre ces plaques, enfin sur les petits points de dégénérescence graisseuse, affectant une disposition étoilée particulière à la région de la macula. Ces signes, bien que n'appartenant pas en propre à la rétinite albuminurique, la caractérisent parfaitement quand ils sont réunis, et s'ils existent aux deux yeux on peut porter sûrement le diagnostic d'une maladie de Bright. Au reste, on ne doit pas être trop étonné de ce diagnostic antérieurement à la manifestation des symptômes les plus sensibles de la maladie de Bright, puisque Landouzy avait même avancé que l'amblyopie est parfois un symptôme précurseur de l'albuminurie. Une dernière réflexion; on ne saurait donner de meilleure preuve de la nécessité pour tous les médecins d'être capables de faire un examen ophthalmoscopique que cette particularité de symptômes oculaires appelant les premiers, pour ainsi dire, l'attention du malade et dirigeant les investigations du médecin vers les lésions d'un organe éloigné.

P. L.]

Traitement de la maladie de Bright.

Dans les formes aiguës de la maladie de Bright on appliquera des ventouses à la région des reins et des fomentations chaudes; à l'intérieur, on

administrera les diaphorétiques et plus tard les diurétiques. J'ai rarement eu besoin de recourir à la saignée générale et même dans ce cas, c'était seulement à titre de palliatif, pour diminuer une congestion pulmonaire. Dans les formes chroniques, indépendamment d'une médication appropriée aux indications, le médecin devra surtout s'occuper du régime et de l'exercice. L'abstinence du régime gras est évidemment indiquée dans la dégénérescence graisseuse des reins. L'exercice, le changement d'air et les voyages en mer sont généralement avantageux. Le malade aura soin de se prémunir contre tout refroidissement et d'entretenir par tous moyens possibles la régularité des fonctions cutanées. Les complications et les suites seront traitées selon les circonstances et en suivant les indications générales et spéciales des cas particuliers. Je me bornerai à vous parler des effets de deux classes de médicaments : des diaphorétiques et des diurétiques.

Diaphorétiques. — Les rapports qui existent entre les fonctions de la peau et celles des reins, en tant qu'organes excréteurs, sont suffisamment connus. Dans l'état de santé, le défaut de fonctionnement de l'une est jusqu'à un certain point compensé par un surcroît d'activité des autres. Les affections de la peau, notamment la scarlatine, et en général toutes les causes tendant à arrêter la transpiration cutanée, prédisposent particulièrement aux affections rénales. Cela posé, il semble très judicieux dans le traitement de ces maladies, de stimuler par tous les moyens possibles les fonctions de la peau. Pour remplir cette indication, la poudre de Dover, la chaleur à l'extérieur, les bains d'air chauffé, les bains d'eau chaude et un climat chaud, sont les meilleurs moyens que l'expérience nous recommande. Ils sont plus particulièrement indiqués encore dans la forme cireuse de la maladie de Bright, avec augmentation de la sécrétion urinaire et hydropisie peu prononcée. Toutefois, lorsque la quantité d'urine diminue et que l'hydropisie devient un symptôme prédominant, un moment arrive où les agents sudorifiques ne sont plus d'aucun secours : il faut alors avoir recours aux diurétiques.

Diurétiques. — On a cru que dans les cas inflammatoires aigus où les reins sont plus ou moins congestionnés et chargés d'exsudats, les diurétiques, en stimulant ces organes et en forçant leur action, ne manqueraient point d'ajouter à l'irritation primitive. Cependant, si l'on considère que l'hydropisie est la conséquence de l'obstruction des tubes sécréteurs, obstruction faisant obstacle au flux de l'urine, il semble qu'en augmentant ce flux on court simplement la chance de forcer l'obstacle et en quelque sorte de balayer les amas obstructeurs. Toujours est-il que j'ai donné, avec les meilleurs résultats, les diurétiques dans toutes les phases de la maladie, dès que j'avais constaté l'impuissance des autres agents thérapeutiques. Je dirai plus, il ne m'est jamais arrivé d'avoir à regretter leur emploi. Au reste, dans les cas aigus avec diminution du flux urinaire et

hydropisie rapide, la médecine n'offre guère d'autre ressource, puisque, en règle générale, les sudorifiques sont alors impuissants.

Tous les agents de la classe des diurétiques peuvent être employés contre la maladie de Bright, conjointement avec d'autres remèdes; cependant, un des plus recommandables, d'après mon expérience, c'est le bitartrate de potasse, dont nous avons signalé plusieurs fois les effets puissants après l'échec des autres moyens. Le Dr Christison a vanté, et non sans motif, les applications de spongio-piline imbibée d'une forte infusion de digitale et l'administration simultanée ou simple de petites doses de digitaline à l'intérieur. Mais encore une fois, j'ai vu la crème de tartre agir après que ces deux moyens avaient échoué. Ce même sel, d'ailleurs, m'a réussi maintes fois dans une période avancée, après avoir manqué son effet précédemment. On se rappellera en avoir vu un exemple remarquable dans l'observation d'Ilermann (Obs. CLXXXVIII); il sera donc parfois utile de revenir à ce moyen à de certains intervalles, même lorsqu'il n'aurait pas agi les premières fois. On conçoit que les cylindres moulés dans les tubes urinifères puissent devenir plus libres à un moment donné; une action diurétique puissante pourrait donc avoir alors pour effet d'entraîner ces obstacles au cours de l'urine, et rétablir ainsi les fonctions de l'organe. En tous cas, j'ai rarement vu d'autres diurétiques réussir lorsque des essais répétés avec le bitartrate de potasse avaient complétement échoué.

Google

SECTION IX.

—

MALADIES DU SYSTÈME TÉGUMENTAIRE.

—

Malgré les progrès réalisés dans ces dernières années dans l'étude des maladies de la peau, il y règne encore bien des erreurs à rectifier et il reste bien des points obscurs à éclaircir. Je ne fais pas ici allusion aux fièvres éruptives lesquelles, par leur fréquence et par le danger qu'elles entraînent, ont de tout temps appelé l'attention des praticiens; je veux seulement parler de ces affections moins graves et plus chroniques, auxquels la surface tégumentaire est sujette. L'ignorance dans laquelle sont tant de praticiens à l'égard de ces maladies, emporte rarement du danger pour les patients, mais elle n'en cause pas moins des inconvénients très graves, en laissant s'exaspérer d'autres affections, en rendant la vie pénible et souvent même en rompant en quelque sorte des relations sociales et des liens qui font le bonheur de l'existence.

Je connais une dame atteinte autrefois d'une éruption aux organes génitaux externes, qui rendait le plus léger contact insupportable. Le mari s'imagina qu'il s'agissait d'une affection syphilitique et accusa sa femme d'infidélité. On fut consulter un homme de l'art, lequel se prononça pour une affection de nature vénérienne. Une séparation de corps fut la suite de cette déclaration, bien que la dame soutînt énergiquement son innocence; seulement elle voulait échapper aux reproches mal fondés et aux mauvais traitements de la part de son mari. Cependant, du mercure et un traitement antisyphilitique furent administrés durant un certain temps; or, le mal au lieu de céder augmenta d'intensité. A la fin, un autre praticien s'occupant spécialement des maladies de la peau fut consulté, et reconnut un *eczema rubrum*, n'ayant aucun rapport avec la syphilis; un traitement convenable fut institué et une prompte guérison confirma pleinement le diagnostic.

Une dame de la campagne eut une de ses servantes atteinte d'un éruption subite sur le corps; craignant que le mal ne fût contagieux pour ses enfants, elle envoya cette fille à Edimbourg, demander l'avis d'un médecin. Le praticien consulté, peu au courant de ce genre d'affections, m'adressa la malade comme étant atteinte d'une forme très rare d'affection cutanée.

Il s'agissait simplement d'un herpès zoster, formant une demi ceinture autour d'un des côtés du tronc; je rassurai cette personne et lui promis qu'elle serait guérie dans quelques jours. Inutile d'ajouter que l'événement vint confirmer mon pronostic.

Rien n'est plus commun dans la pratique que de voir, chez des servantes, du prurigo aux mains être pris pour la gale, non sans causer beaucoup d'inquiétude dans les familles et faire un grand tort à ces pauvres filles. De même, on confond journellement l'une avec l'autre, les diverses maladies du cuir chevelu. Je n'en finirais pas si je devais vous citer tous les exemples à ma connaissance, où semblable ignorance des maladies de la peau a été une source de déboires pour les malades et pour les médecins. Souvent un jeune praticien est consulté pour des éruptions insignifiantes à la peau; rien n'est plus propre à faire apprécier favorablement ses connaissances que la facilité avec laquelle il établit son diagnostic et bien entendu la réussite de son traitement, surtout, comme il arrive fréquemment, si l'affection est un peu ancienne et a déjà été soignée par de vieux praticiens. Cette classe d'affections mérite donc, d'après moi, plus d'attention qu'on n'est habitué à lui en accorder dans un cours de clinique. Afin de vous préparer à l'étude des cas particuliers dans les salles, nous allons passer rapidement en revue leur classification, le diagnostic général et le traitement.

CLASSIFICATION DES MALADIES DE LA PEAU.

Les maladies de la peau sont si variées dans leur aspect et dans leur nature qu'il est pour ainsi dire indispensable, pour les étudier, d'en faire certains groupes ou de les ranger dans une classification.

Trois genres de classification méritent de nous arrêter; ce sont : 1° la classification artificielle de Willan, de Bateman et d'autres auteurs; 2° la classification naturelle d'Alibert et de son école, et 3° le groupement pathologique de ces affections d'après la nature et le siége des lésions qu'elles présentent.

Dans l'état actuel de la science, la classification la plus facile est sans contredit celle de Willan. Sans doute elle a ses défauts et ses inconvénients, mais une grande partie des difficultés en ont été écartées par Biett. Cet arrangement artificiel est fondé sur les caractères présentés par l'éruption, caractères qui, une fois reconnus, suffisent pour déterminer la maladie. Ce vieux proverbe, qu'il est plus facile de critiquer que de bien faire, s'applique parfaitement aux essais par lesquels on a voulu saper la base de la classification de Willan, pour lui substituer d'autres systèmes. Les classifications naturelles ont entre autres le défaut de n'être pas à la portée des commençants, car elles supposent déjà une connaissance approfondie du sujet. Le groupement pathologique est jusqu'à présent le plus

défectueux des trois; en effet l'anatomo-pathologie de la plupart de ces maladies est encore à peu près inconnue; comment alors fonder sur elle une classification? Son moindre défaut serait de changer continuellement à chaque progrès de la pathologie.

En somme donc, la classification la mieux appropriée aux étudiants et la plus facile dans la pratique est celle de Willan et Bateman, seulement nous y introduirons quelques modifications qui seront indiquées en leur lieu.

Définitions. Avant de pouvoir ranger les maladies particulières dans la classe à laquelle elles appartiennent, il est nécessaire de connaître les caractères essentiels qui distinguent les différents ordres.

1° *Exanthèmes* (de ἐξάνθημα, efflorescence). Ils sont constitués par des taches rouges superficielles, de formes variables et irrégulières, disparaissant sous la pression et se terminant par desquamation.

2° *Vésicules.* Ce sont de petites élevures acuminées ou orbiculaires de l'épiderme, contenant de la sérosité d'abord claire et incolore, puis devenant d'ordinaire opaque ou opalescente. Elles se terminent soit par des croûtes, soit par des écailles laminenses.

3. *Bulles.* Elles diffèrent des vésicules simplement par leur dimension; une assez large portion de l'épiderme est soulevée par l'interposition d'un liquide aqueux, d'ordinaire transparent.

4. *Pustules.* Ce sont des élevures circonscrites de l'épiderme renfermant du pus. Elles sont remplacées par des croûtes élevées, sans ou avec cicatrice consécutive.

5. *Papules.* Petites élevures, solides, acuminées, faisant corps avec l'épiderme, ayant l'aspect de *papilles* de la peau hypertrophiées, et se terminant d'ordinaire par une petite croûte, rarement par une légère ulcération au sommet.

6. *Squames.* Elles sont constituées par des lamelles d'épiderme épaissi, dures, blanchâtres, opaques, recouvrant de petites élevures papulaires ou des surfaces sèches plus étendues et d'un rouge vif.

7. *Tubercules.* Ce sont de petites élevures de la peau, primitivement dures et indolentes, mais parfois suppurant en partie ou même s'ulcérant au sommet.

8. *Macules.* Taches colorées, permanentes, en certains points de la peau, souvent avec altération de sa structure. Ces taches sont blanches ou plus ou moins foncées.

Les diverses formes éruptives décrites ci-dessus caractérisent les huit ordres de maladies cutanées établis par Willan et Bateman. Ce sont : 1° les exanthèmes; 2° les vésicules; 3° les bulles; 4° les pustules; 5° les papules; 6° les squames; 7° les tubercules; 8° les macules. Les principales modifications introduites par Biett consistent à avoir écarté de ces groupes certaines affections n'ayant pas d'affinité avec eux et à les avoir rangées dans des ordres séparés.

Cet auteur établit ainsi en tout quinze ordres dont nous allons donner les divisions, d'après Cazenave et Schédel.

Ordre I. — *Exanthèmes.*
Rougeole.
Scarlatine.
Erythème.
Erysipèle.
Roséole.
Urticaire.
Ordre II. — *Vésicules.*
Eczéma.
Herpès.
Gale.
Miliaire.
Varicelle.
Ordre III. — *Bulles.*
Pemphigus.
Rupia.
Ordre IV. — *Pustules.*
Variole.
Vaccine.
Ecthyma
Impétigo.
Acné.
Mentagre.
Porrigo.
Equinia.
Ordre V. — *Papules.*
Lichen.
Prurigo.
Ordre VI. — *Squames.*
Psoriasis.
Pityriasis.
Ichthyose.
Ordre VII. — *Tubercules.*
Lèpre tuberculeuse.
Lupus.
Molluscum.
Framboesia.
Chéloïde.
Ordre VIII. — *Macules.*
Lentigo.
Ephélides.
Naevi et Vitiligo.
Ordre IX. — *Purpura.*
» X. — *Pellagre.*
» XI. — *Radesyge.*
» XII. — *Lèpre d'Astracan.*
» XIII. — *Mal d'Alep.*
» XIV. — *Elephantiasis des Arabes.*
» XV. — *Syphilides ou éruption syphilitiques.*

Cette classification elle-même me paraît trop compliquée, et il me semble possible d'y introduire des modifications qui la rendent plus simple et plus pratique. Je commencerai par vous indiquer sur quelles raisons je me suis fondé pour établir ces modifications, puis je donnerai le tableau de la classification que nous suivrons.

Dans les ordres comprenant les *exanthèmes* et les *pustules*, nous trouvons plusieurs maladies caractérisées par une fièvre excessive, ce qui les a fait depuis longtemps désigner sous les noms de fièvres éruptives et d'éruptions fébriles. La fièvre imprime à ces affections un cachet particulier, aussi, elles subissent l'influence de lois spéciales entièrement différentes de celles qui règlent l'apparition et la marche des autres éruptions cutanées. Je propose donc d'effacer ces maladies du cadre des dermatoses et de conserver seulement dans le premier ordre l'érythème, la roséole et l'urticaire. Nous n'oublions point, cependant, que ces dernières éruptions s'accompagnent parfois d'un peu de fièvre, mais celle-ci peut se montrer également avec des éruptions classées dans d'autres ordres. Je ne prétends point du reste établir une classification irréprochable ni même pathologique, je me contente simplement de faire connaître celle qui, au point de vue clinique, m'a paru la plus utile et la plus pratique pour les commençants.

Dans l'ordre des *vésicules* nous trouvons cinq formes : je propose d'en retrancher la miliaire, comme étant de peu d'importance et ne constituant qu'une manifestation insignifiante dans diverses fièvres. Quant à la varicelle, je la considère comme une modification de la variole et je l'omettrai pour les mêmes raisons que cette dernière. La gale, d'autre part, quoique dépendant de la présence d'un parasite l'*acarus scabiei* présente des carac-

tères suffisamment distincts pour qu'il y ait lieu de la conserver dans l'ordre.

Je propose aussi de supprimer l'ordre des *bulles*, attendu que la pemphigus ou pompholyx est sous tous les rapports une affection vésiculaire, se montrant parfois par poussées successives et donnant lieu à la formation d'une croûte laminée. Pour ce qui est du rupia, c'est évidemment une affection pustuleuse, formant une croûte proéminente, donnant lieu à de l'ulcération et laissant une cicatrice à sa suite. J'ai donc reporté le pemphigus dans l'ordre des vésicules et rejeté le rupia dans celui des pustules.

Pour rester conséquent avec ce qui précède, je débarrasse l'ordre des *pustules* de la variole, de la vaccine et de l'équinia. La mentagre, d'après ce que j'ai toujours observé dans notre pays, n'est jamais autre chose qu'un eczéma ou un impétigo du menton chez l'homme. Chez les syphilitiques cette éruption est plus ou moins tuberculeuse; on l'a aussi décrite comme une affection parasitaire. Quoique je n'aie jamais rencontré de cas offrant l'aspect représenté par Casenave (pl. 16), je conçois que la mentagre puisse être causée par un champignon. En tous cas, la mentagre n'est pas une affection pustuleuse spéciale. Sous le nom de porrigo, on comprend généralement toute éruption sur le cuir chevelu, soit vésiculaire, soit pustuleuse, soit squameuse. Le favus, longtemps compris sous cette désignation, est indubitablement parasitaire, et il convient d'en faire avec les autres affections analogues une classe à part. Au surplus, il n'affecte ni la forme vésiculaire ni la forme pustuleuse. La classe des pustules ne comprendra donc plus pour nous que l'impétigo, l'ecthyma, l'acné et le rupia.

L'ordre des *papules* et celui des *squames* restent les mêmes. Le strophulus n'est certainement qu'une forme de lichen se montrant chez l'enfant, et l'affection désignée sous le nom de lèpre, en tant que différente du psoriasis, n'est autre chose que cette dernière maladie présentant une forme annulaire.

J'ai retranché de l'ordre des *tubercules* le framboesia, affection inconnue dans notre pays, ainsi que la chéloïde qui n'est autre chose qu'un cancer ou un tubercule de la peau.

Dans la classe des *macules* j'ai fait rentrer le purpura, comme l'avait fait Willan, parce qu'il est bien réellement constitué par des taches ou macules, peu importe d'ailleurs qu'il dépende de certaines causes constitutionnelles peu connues ou qu'il soit de nature scorbutique.

Je me suis permis de retrancher tous les autres ordres de Biett, y compris la pellagre, la lèpre d'Astracan, le mal d'Alep, toutes affections inconnues dans notre pays. Je partage l'avis d'Hebra pour qui la *radesyge* est seulement une forme modifiée de lupus. L'éléphantiasis des arabes consiste dans une hypertrophie du tissu aréolaire ou chorion et doit être rangée plutôt parmi les productions fibreuses que dans les dermatoses. Quant aux éruptions syphilitiques, elles ne doivent point former un ordre distinct; je les considère comme des affections ordinaires de la peau, plus ou moins modifiées par un état constitutionnel particulier.

Après avoir retranché bon nombre de divisions des huit ordres originairement établis pas Willan, et plus tard modifiés par Biett, il m'a paru indispensable d'y adjoindre deux ordres nouveaux. Je veux parler des affections qui dépendent de la présence d'un parasite animal ou végétal, et qu'on peut désigner sous le nom de *Dermatozoaires* et de *Dermatophytes*. On sait, depuis les travaux de Bourguignon, que la gale est produite par la présence d'un acarus; seulement, l'insecte n'est qu'une cause indirecte de l'éruption. J'ai donc placé l'acarus parmi les dermatozoaires, quoiqu'il appartienne essentiellement à la gale. Dans les dermatophytes j'ai compris le favus et la mentagre, retranchés de la classe des pustules. D'autres affections telles que la plique polonaise et le pityriasis ont été aussi considérées comme parasitaires, mais la première est inconnue ici, et la seconde, lorsqu'elle présente des épiphytes sur ses pellicules, constitue une forme de favus.

Nous adoptons dont la classification suivante :

Ordre I. — *Exanthèmes.*
- Erythème.
- Roséole.
- Urticaire.

Ordre II. — *Vésicules.*
- Eczéma.
- Herpès.
- Gale.
- Pemphigus.

Ordre III. — *Pustules.*
- Impétigo.
- Ecthyma.
- Acné.
- Rupia.

Ordre IV. — *Papules.*
- Lichen.
- Prurigo.

Ordre V. — *Squames.*
- Psoriasis.
- Pityriasis.
- Ichthyose.

Ordre VI. — *Tubercules.*
- Lèpre tuberculeuse.
- Lupus.
- Molluscum.

Ordre VII. — *Macules.*
- Lentigo.
- Ephélides.
- Nævi.
- Purpura

Ordre VIII. — *Dermatozoaires.*
- Entozoon des follicules.
- Acarus.
- Pediculus

Ordre IX. — *Dermatophytes.*
- Achorion de Schönlein. (Favus).
- Achorion de Gruby. (Mentagre) (1).

DIAGNOSTIC DES MALADIES DE LA PEAU.

Reconnaître les maladies de la peau et distinguer la classe à laquelle elles appartiennent constitue le préliminaire essentiel de leur traitement. Sous ce rapport j'accède pleinement à ce qu'écrit Burgess. « Le traitement d'un grand nombre d'affections cutanées est d'une importance secondaire comparativement à leur diagnostic différentiel. Beaucoup d'entre elles guérissent sans aucun remède, pourvu qu'on

(1) Les termes de porrigophyte et de mentagraphyte, proposés par Gruby, n'ont pas été admis dans la terminologie, comme étant formés contre les règles classiques. D'ailleurs, le célèbre botaniste Link, après un examen minutieux de ces végétations, a décrit celles du favus comme un genre nouveau qu'il a désigné sous le nom d'Achorion (*Achor*, terme appliqué par Willan à la croûte du favus) ; j'ai donc adopté cette dernière dénomination. Afin de distinguer l'espèce qui constitue le favus, j'y ai ajouté le nom du savant qui l'a découvert, Schönlein. Je me suis de même basardé, au moins provisoirement, à distinguer l'Achorion décrit dans la mentagre en y ajoutant le nom de Gruby, l'auteur de sa découverte.

leur permette de suivre leur marche naturelle. Par contre, une éruption simple et sans importance, confondue par suite d'une ressemblance extérieure avec une autre d'une nature grave ou rebelle, et traitée en conséquence, est susceptible de s'aggraver et de se perpétuer un temps indéfini. » Cependant, ce diagnostic différentiel offre de grandes difficultés pour les commençants, parce qu'il faut généralement une certaine habitude pour reconnaître l'élément originel propre à la maladie : érythème, vésicule, pustule, squame, etc.; souvent même cela est impossible. Dans ces conditions, le diagnostic reposera fréquemment sur l'aspect de la croûte, ou sur d'autres apparences, par exemple sur les cicatrices. Les auteurs systématiques ont jeté la confusion dans cette matière et l'ont compliquée en donnant fréquemment plusieurs noms différents à une même maladie, ou encore en établissant d'inutiles subdivisions de formes et de variétés. Pour le moment, je vous engage à ne pas vous occuper de ces subdivisions et à vous borner simplement à rechercher à quel ordre et à quelle espèce se rapporte un cas donné. Afin de faciliter cette détermination, voici quelques définitions et les caractères diagnostiques principaux que vous devez connaître.

I. Exanthèmes.

1. *Erythème.* — Rougeur continue de la peau, peu intense, en plaques de différentes grandeurs et de formes variables.

2. *Roséole.* — Taches rosées ou rouges, circonscrites, de forme circulaire, dentelée ou annulaire.

3. *Urticaire.* — Taches rouges proéminentes, de forme irrégulière, et dont le centre présente souvent une nuance plus pâle que la peau environnante.

II. Vésicules.

1. *Eczéma.* — Vésicules très petites, disposées par groupes, présentant un aspect luisant, contenant un liquide qui se sèche et forme une croûte laminée ou furfuracée. La peau offre une couleur rouge vive.

2. *Herpès.* — Groupes de vésicules de la grosseur d'un grain de millet ou même d'un pois, entourées d'une vive auréole rouge. Elles renferment un liquide qui en se sèchant forme une mince incrustation ; celle-ci se détache entre le huitième et le quinzième jour.

3. *Gale.* — Vésicules isolées, de forme acuminée, situées communément entre les doigts et sur les surfaces de flexion, aux bras, sur l'abdomen, — jamais à la face.

4. *Pemphigus.* — Larges vésicules ou bulles, entourées d'une zône érythémateuse, dont le liquide après dessiccation forme une croûte laminée. A l'état chronique, ces bulles apparaissent par poussées successives et on désigne souvent cette forme sous le nom de pompholyx.

III. Pustules.

1. *Impétigo.* — Petites pustules communément disposées par groupes, et auxquelles succède une croûte élevée.

2. *Ecthyma.* — Larges pustules isolées, déprimées ou ombiliquées au centre et laissant une cicatrice.

3. *Acné.* — Pustules isolées, surmontant une base indurée, se formant avec lenteur et disparaissant de même. Elles siègent exclusivement à la face et sur les épaules.

4. *Rupia.* — Larges pustules auxquelles succèdent de grosses croûtes très proéminentes, laissant après elles des ulcérations plus ou moins profondes.

IV. Papules.

1. *Lichen.* — Petites papules se présentant par groupes ou par taches.

2. *Prurigo.* — Papules plus larges et isolées, généralement situées sur les surfaces d'extension du corps.

V. Squames.

Psoriasis. — Ecailles blanchâtres, lamelleuses, légèrement élevées au-dessus de la peau. La lèpre est une sorte de psoriasis à forme annulaire.

Pityriasis. — Très petites écailles que l'on a comparées à du son, siégeant sur une surface rouge.

Ichthyose. - Induration de l'épiderme et formation de saillies carrées ou anguleuses, sans aucune rougeur sous-jacente.

VI. Tubercules.

Lèpre tuberculeuse. — (Eléphantiasis des Grecs). Tubercules de grosseur variable, précédés d'un érythème avec hyperesthésie cutanée, et finissant par s'ulcérer à leur sommet.

Lupus. — Induration ou gonflement tuberculeux de la peau, suivi ou non d'ulcération. Lorsqu'il y a ulcération, elle apparaît au sommet ou à la base des tubercules pour s'étendre fréquemment et former un cercle plus ou moins complet.

Molluscum. — Tubercules pédonculés, globulaires ou un peu aplatis, ne s'accompagnant d'aucun érythème ni d'hyperesthésie cutanée, et se montrant par groupes. Une matière athéromateuse les remplit.

VII. Macules.

Lentigo. — Taches jaune-brunâtres ou fauves, siégeant à la face, sur la poitrine, sur les mains, ou sur le cou.

Ephélides. — Larges taches de couleur brun-jaunâtre, accompagnées d'une légère desquamation de l'épiderme.

Nævi ou *Moles.* — Taches de couleurs et de formes variées, parfois élevées au-dessus de la peau. Elles sont congénitales.

Purpura. — Taches rouges ou couleur de vin, ne disparaissant pas sous la pression du doigt.

VIII. Dermatozoaires.

Ce sont de très petits parasites, visibles seulement à l'aide d'une lentille très forte. Nous ne parlerons pas ici de leurs caractères, nous proposant de les décrire plus loin.

IX. Dermatophytes.

Ce sont de petits végétaux exigeant un fort grossissement au microscope pour pouvoir être distingués. Ces parasites communiquent des caractères particuliers à certaines affections cutanées; nous en citerons seulement deux : le *favus* et la *mentagre*.

Favus. — Croûtes d'un jaune clair, ombiliquées, en forme de godet, entourant séparément un cheveu, mais qui s'agglomèrent pour former ensuite une croûte saillante, friable, exhalant une odeur particulière de moisi ou de souris.

Mentagre. — Croûtes sèches, grisâtres ou jaunâtres, de forme irrégulière, prenant naissance sur les follicules pileux de la barbe.

Trois caractères principaux servent de guide dans le diagnostic des maladies de la peau : 1° l'aspect primitif et essentiel de l'éruption; si elle est érythémateuse, vésiculeuse, pustuleuse, etc.; 2° la croûte; si elle est laminée ou proéminente, composée d'épiderme seulement, etc.; 3° l'ulcération; en existe-t-il ou n'en existe-t-il pas? Dans l'affirmative, quel est l'aspect de la cicatrice? J'aurai soin d'appeler votre attention sur ces caractères et sur d'autres encore, lorsque nous examinerons les malades ensemble, et j'espère que vous ne tarderez point à être familiarisés avec eux.

Rappelez-vous que la classification de Willan est entièrement artificielle; c'est comme la classification de Linnée en botanique. La grande difficulté pour les commençants, c'est de découvrir le caractère essentiel de l'éruption, d'autant plus que le mal doit traverser souvent plusieurs phases avant que ce caractère soit bien établi. Ainsi, l'herpès présente 1° de la rougeur, 2° des papules, 3° des vésicules, 4° des pustules; pourtant on ne le considère pas moins comme une affection vésiculaire. L'ecthyma passe par les mêmes phases, et on le regarde comme pustuleux. Toutefois, dans les affections vésiculeuses la croûte est laminée; si l'éruption est pustuleuse, au contraire, cette croûte est plus ou moins proéminente.

Bien souvent aussi, plusieurs sortes d'éruptions se combinent et se confondent. Rien de plus commun que de rencontrer ensemble l'eczéma et l'impétigo; on a même donné un nom à cette combinaison des deux érup-

tions, c'est l'*eczema impetiginodes*. Le favus occasionne parfois une irritation très vive dans son voisinage, et donne lieu à une poussée impétigineuse. Les vésicules de la gale sont souvent entremêlées de pustules d'ecthyma ; il en est de même des autres maladies cutanées.

Lorsque le mal est très ancien, il arrive qu'il serait impossible de dire ce qu'il était au début, s'il offrait des vésicules, des pustules, des squames ou des papules. Dans ces cas, la peau revêt une coloration rouge, le derme s'épaissit, l'épiderme devient rugueux et induré, enfin, succède une altération telle que toute trace de l'éruption primitive à disparu, et ce qu'il en reste n'est plus qu'une lésion commune à plusieurs espèces morbides.

Pour ce qui concerne les variétés, je m'y attacherai assez peu. Avant de vous en occuper, je le répète encore, il faut vous être familiarisés avec les formes principales ; leur importance, d'ailleurs, est tout-à fait accessoire. Voici les principales bases sur lesquelles elles se fondent généralement : 1° la durée : de là les formes *aiguë* et *chronique ;* 2° la persistance : les unes sont *fugaces*, d'autres *invétérées*, d'autres *graves*, etc.; 3° l'intensité : d'où les termes de *bénignité* ou de *malignité*, etc.; 4° la situation : certaines éruptions affectent exclusivement *le cuir chevelu*, d'autres sont *faciales*, *labiales*, *palmaires*, etc.; 5° la forme : d'où les qualificatifs de *circiné*, *d'iris*, de *scutulata*, *gyrata*, *larvalis*, *figurata*, *tuberosa*, *guttata*, etc.; 6° la constitution, imprimant à ces maladies un cachet *scorbutique*, *syphilitique*, *cachectique*, etc.; 7° l'âge : d'où les termes d'*infantile*, *de sénile*, etc.; 8° la couleur *blanche*, *noire*, *rouge*, *versicolore*, etc.; 9° le groupement plus ou moins serré : d'où les expressions de *diffus*, de *concentrique*, de *disséminé*, etc.; 10° la dureté, d'où les désignations d'induré, de mou : 11° la sensation produite, laquelle est *prurigineuse*, *formicante*, *ortiée*, etc.; 12° la distribution géographique : certaines éruptions étant tropicales, d'autres plus ou moins propres à certains pays, à la Pologne, à l'Égypte, etc.

PORRIGO.

A une certaine époque, les éruptions cutanées étaient rangées en deux catégories ; celles affectant le cuir chevelu et celles ayant leur siége sur le reste de la surface du corps. Toutes celles appartenant à la première division, étaient désignées sous le nom de porrigo, mot dérivé de *porrum*, selon certains éthymologistes, sans doute à cause des écailles ou des concrétions offrant une analogie (bien éloignée) avec les écailles concentriques d'un oignon ; d'après d'autres linguistes, ce mot dériverait de *porrigo*, je sème. Willan a décrit six espèces de porrigo : *P. larvalis*, *P. furfurans*, *P. scutulata*, *P. favosa*, *P. lupinosa* et *P. decurvans*. On sait aujourd'hui qu'aucune de ces affections n'est exclusivement propre au cuir chevelu ; car, bien qu'elles soient plus ou moins modifiées par la présence des cheveux dans cette région, on les voit aussi sur diverses

autres parties de la peau. Il n'en est pas moins vrai, cependant, que l'emploi de cette expression, comme aussi du mot *teigne* en France, n'a pas peu contribué à embrouiller l'étude des maladies du cuir chevelu. Toutefois, ces termes étant encore assez souvent usités, il est bon que vous sachiez à quelles sortes d'affections on les applique.

Porrigo larvalis (*larva* masque). C'est un véritable impétigo ou eczéma impétigineux du cuir chevelu. Le premier se reconnaît à ses croûtes plus ou moins proéminentes ou nodulées, et le second également à des nodules semblables, mais entremêlés d'une sorte de pellicule laminée et friable, qui s'étend d'une manière plus ou moins uniforme sur toute la surface malade. Ces deux variétés sont extrêmement fréquentes chez les enfants, et comme l'éruption s'étend assez souvent à toute la face qu'elle recouvre comme d'un masque, on l'a désignée sous le nom de *larvalis*. Willan et Bateman ont donné dans leur ouvrage un dessin très caractéristique, pl. XLI, d'un *impetigo capitis*, auquel ils appliquent mal à propos le nom de porrigo favosa. (Voir aussi les affections de la face, ibid., pl. XXXLII. *Alibert*, pl. 13 et 15.)

Porrigo furfurans (*furfur* son). Cette désignation s'applique réellement au pityriasis capitis ; elle désigne aussi parfois un psoriasis de cette même région. On l'a encore appliquée à une sorte d'eczéma, ou d'eczéma impétigineux, donnant naissance à une croûte friable, se réduisant quand on la froisse, en une sorte de poussière, comparée à tort à du son. Le vrai porrigo furfurans (pityriasis) est très bien représenté par *Willan* et *Bateman*, pl. XXXVIII. Voir aussi *Alibert*, pl. 14 et 15. Cette désignation a aussi été fréquemment appliquée à une forme de favus (voir Favus).

Porrigo scutulata (*scutulum*, petit bouclier). La nature de cette éruption a été longuement controversée. Les uns y ont vu un favus (Erasme Wilson), d'autres une forme d'herpès (Cazenave). Elle a été décrite par Willan et Bateman et plus récemment par Burgess, comme composée de petites saillies ovales ou arrondies, recouvertes d'écailles furfuracées, et traversées par des cheveux minces et comme rabougris. Cette affection est excessivement rare à Edinburgh. On croit la reconnaître dans la pl. XXXIX de *Willan* et *Bateman*. Voir aussi *Willis* (Trichosis scutulata).

Porrigo favosa (*favus*, rayon de miel). On a seulement découvert dans ces derniers temps la nature de cette maladie. Elle consiste essentiellement dans un exsudat à la surface de la peau, au sein duquel se développent de petits champignons microscopiques. Il se forme des croûtes isolées, arrondies, d'une jaune vif; ces croûtes lorsqu'elles sont serrées les unes contre les autres, prennent une forme hexagonale qui les a fait comparer alors à un rayon de miel, d'où la qualification de *favosa*. Cette affection a été bien représentée par *Willis*. (Trichosis favosa); *Erasmus Wilson*, fascicule I; Alibert, (pl. 17) et Hebra.

Porrigo lupinosa (de *lupinum*, le lupin). Cette affection ne diffère pas réellement de la précédente; seulement les croûtes rondes ou ovales, encore isolées et tout au début, présentent une concavité qui les a fait comparer à de la graine de lupin.

Porrigo decalvans (*calvus*, chauve). La calvitie est si fréquente chez les personnes d'âge, que c'est tout au plus s'il est permis de la considérer comme une maladie. Lorsqu'elle se produit chez des individus plus jeunes et qu'elle est circonscrite, elle constitue le *porrigo decalvans* de Willan. D'après Gruby, cette affection serait liée à la présence d'un parasite végétal se développant sur le cheveu. *Willan* et *Bateman* en ont donné une bonne description, pl. XL. Voir également *Willis* (Trichosis decalvans).

Cette revue cursive des différentes sortes de porrigo vous montre que ce groupe d'affections n'offre rien de caractéristique. A part même le porrigo decalvans, aucune d'elles n'est exclusivement propre au cuir chevelu. Bien plus, quoique le véritable favus se rencontre le plus ordinairement sur la tête, je l'ai observé plusieurs fois sur d'autres parties du corps, parfois même sur les joues et sur les épaules, sans en trouver aucune trace sur le crâne. Nous rejetons donc la dénomination de porrigo pour la remplacer, selon les circonstances, par celles d'eczéma, d'impétigo, de pityriasis, de psoriasis ou de favus du cuir chevelu.

Je me suis efforcé de vous présenter cet exposé des maladies de la peau sous la forme la plus simple possible; cependant, vous ne manquerez pas, à vos débuts, d'être embarrassés à chaque pas dans le diagnostic de ces affections. Vous ne parviendrez à surmonter ces difficultés que par l'expérience et par un exercice assidu à distinguer les éléments essentiels et les variétés qu'ils présentent. En attendant, la classification simplifiée et les quelques notions succinctes que je viens de vous exposer, vous seront d'un certain secours dans l'étude pratique de ces maladies si importantes. J'ajoute une restriction : il n'est question ici, bien entendu, que des affections cutanées habituelles à notre pays. Il en reste un certain nombre d'autres non moins intéressantes, propres aux régions tropicales et à certaines contrées du globe; si je n'en parle point, c'est simplement parce qu'en l'absence de cas, elles ne nous offrent pas d'intérêt clinique.

TRAITEMENT DES MALADIES DE LA PEAU.

Depuis la création à la Royal Infirmary d'une salle clinique pour les maladies de la peau, j'ai eu l'occasion d'observer quelles sont les éruptions cutanées les plus communes à Edinburgh, et d'expérimenter les remèdes les plus propres à les combattre. Comme il serait impossible dans un ouvrage du genre de celui-ci de donner des observations de tant d'affections diverses, je me contenterai de passer brièvement en revue les moyens pratiques qui m'ont le mieux réussi.

Exanthèmes.

Peu de malades entrent à l'Infirmerie affectés d'érythème, d'urticaire ou de roséole; si nous en voyons de temps en temps, c'est que ces éruptions sont survenues dans nos salles, durant le cours d'une autre maladie. Au reste, les moyens les plus simples suffisent généralement; au besoin on recommandera quelques lotions saturnines pour diminuer l'irritation locale, et on prescrira un purgatif salin.

Vésicules.

L'*eczéma* est de beaucoup la plus commune de toutes les affections de ce groupe, soit à l'état aigu, soit à l'état chronique. Le traitement local que j'ai trouvé le plus efficace est celui que j'ai été le premier à recommander en 1849 (1). Il consiste à maintenir une certaine humidité à la surface des parties où siége l'éruption, à l'aide de compresses saturées d'une faible solution alcaline (quatre grammes de carbonate de soude dans un litre d'eau). A cet effet, il est nécessaire de recouvrir la compresse d'une pièce de taffetas gommé ou d'une mince feuille de gutta-percha, dans le but d'empêcher l'évaporation. Le premier effet de cette application, c'est d'ordinaire de calmer l'irritation locale, notamment la démangeaison cuisante, si pénible pour les malades. Elle a encore l'avantage de maintenir la propreté et de s'opposer à l'accumulation de croûtes qui contribuent si souvent à entretenir le mal. En peu de temps, les parties indurées elles-mêmes commencent à se ramollir, les confins de la surface malade perdent leur coloration rouge intense, se rétrécissent et s'effacent de plus en plus, jusqu'à ce que la peau ait repris partout son aspect normal.

Dans la pratique civile, il est parfois assez mal-aisé de faire appliquer convenablement ces compresses. Le public se persuade difficilement de la nécessité de maintenir de la sorte une humidité constante à la surface d'une éruption; aussi le médecin devra-t-il s'armer de patience et renouveler assez fréquemment ses visites, pour s'assurer de la persévérance de ses malades. Dans les hôpitaux même, il est nécessaire d'exercer une constante surveillance pour obliger les infirmiers à faire convenablement ces applications; quant à en confier le soin aux malades, il n'y faut pas songer, car on peut être sûr qu'elles seront mal faites. Il est certaines parties où il est difficile de bien maintenir l'appareil, comme à la face et dans les aisselles. Toutefois, en y mettant un peu de soin, en appliquant bien partout, d'abord la compresse puis la feuille de gutta-percha, que l'on peut maintenir au besoin, comme aux aiselles, à l'aide de bandes ou même de bandelettes adhésives, je suis toujours parvenu à mon but. A l'Infirmerie, je traite les éruptions vésiculeuses à la face en y faisant appliquer une sorte de masque, avec des ouvertures pour les yeux, pour les narines et pour

(1) *Monthly Journal of Medical Science*, août, 1849

la bouche. Lorsque l'éruption occupe une grande étendue, on pourra recourir utilement à des bains prolongés, faiblement alcalins.

Après vous avoir indiqué une méthode de traitement incontestablement utile, il ne sera peut-être pas hors de propos de vous signaler quelques autres moyens que mon expérience m'a au contraire montrés comme inertes ou même nuisibles. Il n'est guères d'agent plus généralement employé contre l'eczéma et contre une multitude d'autres éruptions cutanées, que l'onguent citrin; cependant, je l'ai vu invariablement augmenter l'irritation et exaspérer les éruptions eczémateuses. Les auteurs ne manquent guère de le recommander dans certaines formes chroniques de cette affection; je leur demanderai seulement de spécifier ces formes. Au reste, toutes les applications de corps gras sont absolument inutiles dans les cas aigus, et les malades ne manquent jamais de se plaindre de la cuisson qu'ils produisent. J'ai essayé à diverses reprises les applications réfrigérantes, comme les conseille le Dr Arnott, mais le sel employé pour le mélange frigorifique et la sensation de froid elle-même, produisent toujours une impression si désagréable que j'y ai renoncé, surtout en présence d'un moyen aussi efficace et d'une application aussi aisée que les compresses imbibées de la solution alcaline.

Dans quelques cas rebelles, j'ai aussi employé avec succès l'huile de cade, dans d'autres une pommade à l'oxyde de zinc. Ces moyens m'ont paru surtout efficaces à la suite de l'usage prolongé des applications alcalines humides. Des frictions avec la main ou à l'aide d'une brosse à frictions bien molle, contribuent à faire disparaître l'induration et l'injection de l'eczéma chronique aux extrémités inférieures. Lorsque celles-ci sont le siége du mal, on n'oubliera pas de faire garder autant que possible la position horizontale. En général, les topiques stimulants ne sont utiles que dans les formes très chroniques avec atonie, ou pour achever l'œuvre du traitement émollient; hors de là ils sont toujours nuisibles.

Herpès. — Cette éruption met d'ordinaire une quinzaine de jours à parcourir toutes ses périodes; elle exige rarement l'emploi d'un autre moyen que des lotions à l'acétate de plomb, pour calmer la cuisson. Cette éruption n'est pas très commune.

Gale. — Cette affection est très-fréquente, et une foule de remèdes la guérissent. Une bonne savonnée générale avec du savon commun et de l'eau chaude, employée deux fois par jour pendant quelque temps, réussit très bien. Le point essentiel ici n'est pas seulement de guérir, mais de guérir le plus vite possible. L'emploi sur une large échelle, à l'hôpital St. Louis, de la pommade sulfuro-alcaline, dite d'Helmerich, a montré que la gale se guérit en sept jours. Je me suis demandé si le soufre était bien le principe actif de la susdite pommade? Or les expériences que j'ai faites m'ont prouvé que le savon mou riche en alcali, même l'axonge simple en onctions, en ayant soin d'en maintenir les parties malades constamment enduites, guérissent la gale aussi rapidement que la pommade sulfureuse. J'ai essayé à diverses reprises la pommade de staphysaigre recommandée

par Bourguignon et j'en ai obtenu de bons résultats, sans toutefois pouvoir affirmer sa supériorité sur les autres moyens généralement employés (1) (voir Dermatozoaires).

Pemphigus. Cette affection est assez rare à l'état aigu. Le forme chronique se manifeste ordinairement par des poussées de bulles successives et est très rebelle. Je suis parvenu à guérir plusieurs cas aigus et même des cas chroniques assez opiniâtres dans l'espace d'une à trois semaines, au moyen d'applications alcalines, comme pour l'eczéma; et d'un régime tonique et généreux.

Pustules.

Impétigo. Cette affection très commune sous toutes ses formes sera traitée par les lotions alcalines, absolument de la même façon que l'eczéma. Ce moyen réussit même contre cette forme chronique, particulière au menton chez l'homme, et qualifiée souvent de mentagre, si l'on persiste suffisamment à maintenir sur le siége du mal une humidité constante. Pour cela, on coupera soigneusement les poils de la barbe au ras de la chair, à l'aide de bons ciseaux et jamais du rasoir; cela fait, les compresses seront appliquées et maintenues au moyen d'une feuille de gutta-percha à laquelle on aura donné plus ou moins la forme du menton ou d'une fronde et que l'on fixera à l'aide de cordons. Cet appareil peut être recouvert d'un morceau de soie noire, afin de permettre au sujet de vaquer à ses occupations. J'ai vu des impétigo datant de huit et de dix années, ayant résisté à toutes sortes d'onguents et de remèdes héroïques, céder et disparaître en quelques semaines par ce traitement. Mais pour cela, je le répète, il faut que le siége du mal soit *constamment* humecté par la solution alcaline, et c'est là un point qui exige de la part du sujet une ferme détermination et beaucoup de persévérance. Plus tard, lorsque le sujet recommencera à se raser, il devra, au lieu de savon, faire usage d'une sorte de pâte molle faite avec de l'amidon et de l'eau chaude. La solution alcaline employée d'une façon intermittente ou sous forme de lotions ne manque jamais d'agir comme irritant; les applications continues au contraire ont toujours un effet calmant.

Ecthyma. — Il est assez rare de le rencontrer, et presque toujours il est en compagnie de l'eczéma ou de l'impétigo; on le traitera du reste de la même manière. Dans l'*ecthyma cachecticum*, cependant, outre les applications alcalines, on aura soin de prescrire un régime généreux.

(1) Le traitement le plus expéditif, souvent employé aujourd'hui, consiste à pratiquer sur tout le corps et principalement sur les parties qui sont le siége spécial des acarus, une frotte vigoureuse, pendant une demi heure, à l'aide de savon vert commun. Cette friction a pour effet de déchirer les vésicules où logent les parasites. Le patient se plonge ensuite dans un bain où l'on a fait dissoudre environ 125 grammes de sulfure de potassium et y reste une demi heure. Il est un point qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est de faire passer à l'étuve ou à l'eau bouillante tous les effets du sujet qui pourraient contenir des acarus, sinon, on le conçoit, les parasites ne tardent pas à repulluler. P. L.

Acné. — Cette affection requiert fréquemment un traitement constitutionnel plutôt que des moyens locaux. Bien qu'elle soit assez commune dans la pratique, on l'observe rarement dans les hôpitaux. Un régime soigneusement réglé, l'abstinence de vin et de tous les excitants, une saison aux eaux, etc., etc., constituent les moyens les plus propres à faire disparaître le mal et à prévenir son retour.

Rupia. — Je n'ai jamais observé cette affection que sur des sujets dont l'économie avait été empoisonnée par un traitement mercuriel. Cesser l'usage des mercuriaux, donner l'iodure de potassium et les toniques, tels sont les moyens qui m'ont le mieux réussi. Quand les pustules sont peu nombreuses, on fera tomber les croûtes à l'aide de cataplasmes, puis les ulcérations seront traitées par les pansements à l'eau, ou par la lotion rouge. Si l'éruption est plus serrée ou confluente, il y aurait quelque danger à exposer à nu de trop grandes surfaces ulcérées et il vaudra souvent mieux laisser les croûtes tomber d'elles-mêmes.

PAPULES.

Lichen et prurigo. — Des onctions régulières avec de l'axonge sont aussi avantageuses dans le lichen et dans le prurigo que les applications humides contre les éruptions eczémateuses et impétigineuses. Dans le prurigo des vieillards on se trouve bien de l'emploi d'onguent au précipité blanc, mais parfois le mal est si rebelle que les moyens usités servent tout au plus de palliatifs. Au reste, les affections papulaires chroniques de la peau font trop souvent le désespoir du médecin.

SQUAMES.

Psoriasis. — Cette affection est assez commune; je la traite régulièrement, de même que cette autre variété, la *lèpre*, au moyen de frictions avec l'onguent au goudron. J'ai acquis la preuve que c'est le goudron qui est l'agent actif de cette médication topique; cependant, je l'ai donné à l'intérieur sous forme de pilules et en infusion sans aucun résultat. Désireux de trouver un moyen d'un emploi moins désagréable, j'ai plusieurs fois essayé des onguents à la créosote, à l'acide phénique ou avec le naphthe, ou encore des lotions avec ce dernier liquide, mais je n'en ai jamais rien obtenu. J'ai aussi expérimenté des frictions prolongées avec de l'axonge, sans aucun effet. L'huile de cade réussit quelquefois, notamment contre le psoriasis du cuir chevelu. A l'intérieur, je donne cinq gouttes de la solution de Fowler et autant de teinture de cantharides. Il est rare que le traitement interne seul produise de l'effet dans les cas de psoriasis ancien. Quand le mal résiste à ces remèdes tant internes qu'extérieurs, je le considère comme incurable. On avait vanté, dans ces dernières années, l'emploi à l'intérieur de la solution de Donovan; je l'ai essayée soigneusement dans toute une série de cas, sans en rien obtenir.

Pityriasis. — Le vrai pityriasis disparaît fréquemment de lui-même. Dans les cas chroniques, l'onguent au goudron est utile; il en est de même des pommades à l'oxide de zinc et au précipité blanc. Sous les apparences du pityriasis se cache parfois une affec' n pa sitaire qui n'est autre chose que le favus; il en sera question p s loi.

Ichthyosis. — J'ai eu l'occasion de raiter plusieurs cas chroniques d'ichthyose, mais je n'ai jamais obtenu de résultat bien satisfaisant; seulement, dans quelques cas, la peau s'est un peu assouplie sous l'influence d'un traitement au goudron.

TUBERCULE

Lupus. — C'est la seule affection tuberculeuse que j'aie observée dans nos salles; elle est d'ailleurs assez commune. Le lupus a toujours une cause constitutionnelle et devra être traité par l'huile de foie de morue et par tous les remèdes employés contre la scrofule, dont il est une manifestation locale. Le traitement externe est chirurgical et consiste parfois dans des applications de caustiques, des compresses avec la lotion rouge, des pansements à l'eau froide, des pommades, etc., suivant l'état de l'ulcération. Je pense avec Hebra que le lupus et la *radesyge* des Norwégiens forment une seule et même maladie. Il y a bien des années, j'ai observé le lupus aux jambes et aux cuisses chez les femmes de pêcheurs de Newhaven, qui assistaient leurs maris à haler les bâteaux, ou qui avaient l'habitude de marcher longtemps dans l'eau de la mer.

MACULES.

Lentigo. — Aucun genre de traitement général ou local ne profite à cette affection. Elle est en rapport évident avec la saison, ou pour mieux dire avec l'intensité des rayons solaires, car souvent elle disparaît en hiver pour revenir en été.

Ephélides et Nævi. — Aucun moyen n'y remédie. Généralement, la teinte bronzée de la peau occasionnée par le séjour sous les climats tropicaux, se dissipe dès que le sujet revient sous une latitude tempérée.

Purpura. — Trouble constitutionnel généralement associé au scorbut. Il consiste dans une altération particulière du sang, se manifestant par une tendance à la destruction des globules rouges du sang et diffusion consécutive de l'hématosine. Des ecchymoses apparaissent alors sous la peau, ici sous forme de taches rondes, de grandeur variable, là sous forme de taches irrégulières. Cette affection marche presque toujours de pair avec un affaiblissement profond, et réclame le repos, l'usage des toniques, un régime substantiel, des antiscorbutiques et un certain laps de temps, pour permettre au sang extravasé d'être absorbé. Le suc de citrons et les végétaux frais sont les meilleurs remèdes contre le scorbut des marins. (Voir scorbut).

Les *affections du cuir chevelu* doivent être traitées suivant qu'elles dépendent d'un eczéma, d'un impétigo, du proriasis ou du favus. Dans tous les cas on commencera par faire tomber les croûtes à l'aide de cataplasmes, on coupera les cheveux ras, enfin on appliquera des compresses alcalines, la pommade au goudron ou l'huile de cade, de la manière indiquée ci-dessus.

L'herpès circiné est une affection que je n'ai jamais rencontrée à Edimbourg; je n'en puis donc parler en connaissance de cause. Les uns le considèrent comme une sorte de favus, d'autres comme une variété d'herpès. J'ai observé deux ou trois fois une affection squameuse du cuir chevelu, affectant une disposition annulaire, mais c'était une sorte de lèpre que je suis parvenu à guérir par la pommade au goudron ou par l'huile de cade. Le Dr Andrew Wood me disait, il y a quelque temps, qu'il avait complétement fait disparaître cette affection de l'école-hospice d'Hériot, à Édinburgh, en faisant condenser sur le siége de l'éruption la fumée d'un papier brun grossier, dont la combustion donne naissance à une sorte d'huile empyreumatique ou de goudron. Ceci me confirme dans l'idée qu'il s'agissait bien d'une affection squameuse, c'est-à-dire d'une forme de lèpre ou de proriasis. Cependant, je suis porté à croire qu'on a souvent pris des affections de la nature du favus pour des maladies squameuses du cuir chevelu. (Voir Favus.)

Les *syphilides* ou affections syphilitiques de la peau ne me paraissent différer en rien des affections cutanées ordinaires, si ce n'est parce qu'elles se présentent chez des sujets traités ou, pour m'exprimer plus justement, empoisonnés depuis un temps plus ou moins long par le mercure. La guérison prendra plus de temps, mais les mêmes moyens locaux employés concurremment avec l'iodure de potassium à petites doses à l'intérieur, des infusions amères, les toniques, un régime réglé, triompheront de la maladie.

La grande difficulté dans le traitement des maladies cutanées, provient presque toujours de l'emploi de moyens irrationnels à leur début. Cela tient selon moi, au peu de souci, ou, pour tout dire, à la négligence que le commun des médecins ont apportée jusqu'ici dans l'étude de ces maladies. Je vois tous les jours des eczéma chroniques traités dans leur principe et à l'état aigu par de l'onguent citrin ou d'autres topiques irritants, ce qui ne manque jamais d'exaspérer le mal. Je n'oublierai jamais dans quel état se présenta un jour, dans mon cabinet, un monsieur tout couvert d'un eczéma généralisé. L'éruption avait été traitée comme un psoriasis, avec de la pommade au goudron. A la fin, ne pouvant plus résister à sa torture, il s'était décidé à changer de médecin. J'ai vu également de simples éruptions d'herpès, qui n'auraient point manqué de se guérir d'elles mêmes, et qui s'étaient converties en ulcères chroniques par l'usage de pommades mercurielles. Rien n'est plus commun que de voir l'eczéma chronique du cuir chevelu pris pour la teigne, et cependant il est si facile, pour peu

qu'il y ait de doute, d'éclairer le diagnostic au moyen du microscope. J'ai même vu une tache d'eczéma chronique sur la joue être enlevée par un chirurgien qui l'avait prise pour une affection de mauvaise nature. Je ne fais pas de doute qu'il est arrivé souvent de confondre l'acné avec une affection tuberculeuse. Je ne saurais du moins me rendre compte autrement de la médication suivie chez plusieurs malades, qui se sont présentés chez moi, la figure toute embarbouillée de beurre d'antimoine. Inutile d'insister davantage sur ce sujet; il va de soi que la première condition pour faire le choix du remède approprié, c'est d'avoir au préalable bien posé le diagnostic de l'affection à traiter.

Le traitement constitutionnel de ces maladies réclame rarement l'emploi des purgatifs et des remèdes débilitants, excepté chez des sujets jeunes et robustes, présentant des symptômes fébriles. Le plus communément, c'est à l'huile de foie de morue, à un bon régime et aux toniques qu'il faut avoir recours. Parfois, cependant, il est nécessaire de faire usage à la fois à l'extérieur et à l'intérieur de quelques préparations sédatives, afin de calmer les démangeaisons ou l'irritation. Le praticien attentif saura faire un choix judicieux de ces agents, en se guidant d'après les indications. Les bains sous toutes les formes sont utiles dans les affections cutanées. Cependant, depuis que je fais usage de cette sorte de bain local continu, à l'aide de compresses humides (traitement de l'eczéma), je les emploie assez rarement à l'Infirmerie. Les bains naturels ainsi que les bains d'eaux minérales, quand on sait en faire un choix judicieux, rendent aussi les plus grands services dans les cas chroniques.

DERMATOZOAIRES.

La peau de l'homme sert parfois de refuge ou d'habitation à certains parasites animaux. Les plus communs sont les pous, dont il existe trois espèces : *Pédiculus capitis*, *P. corporis* et *P. pubis*. Nous donnerons seulement la description de deux genres de parasites, l'acarus scabiei et l'entozoon folliculorum.

ACARUS DE LA GALE.

C'est aux recherches de Bourguignon qu'est due sinon la découverte, au moins la démonstration de la cause réelle de la gale, c'est-à-dire de l'acarus scabiei (1). Le mâle est environ un tiers plus petit que la femelle; il possède des suçoirs à l'extrémité de deux de ses pattes de derrière, et à ses organes génitaux situés sur la surface abdominale; ces caractères suffisent pour le distinguer de la femelle. Celle-ci, du reste, indépendamment de sa grosseur et de ces caractères négatifs, est encore reconnaissable à trois espèces d'épines cornées situées sur son dos. Les suçoirs ou ambulacres sont des organes de locomotion; des mandibules servent à entamer

(1) Traité entomologique et pathologique de la gale de l'homme, in 4° Paris 1852.

l'épiderme afin d'extraire les sucs nourriciers qui traversent ensuite un œsophage délicat dont on ne connait pas la terminaison intérieure; le corps de l'animal semble rempli d'une pulpe présentant pour toute organisation de très fines molécules. On découvre parfois encore un tube court et délicat se terminant à l'anus et qu'on suppose être le rectum. On ne distingue pas d'appareil respiratoire, seulement on voit l'animal

Fig. 521. Fig. 522.

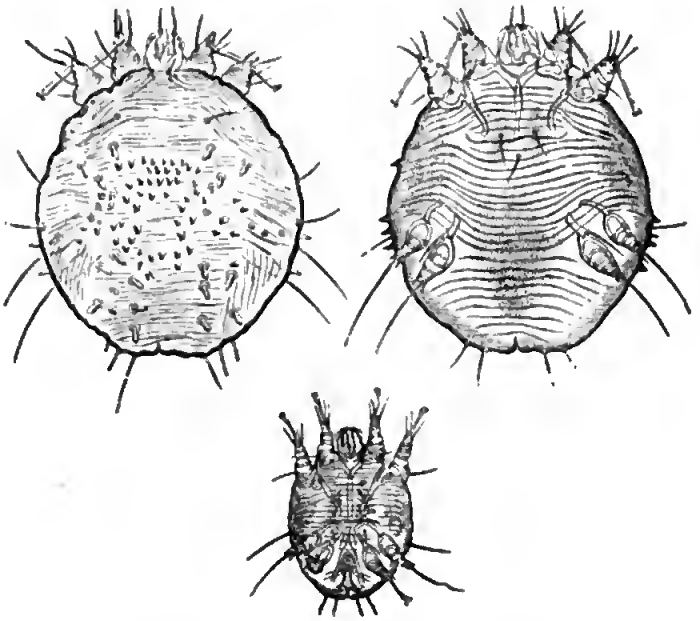


Fig 523

avaler de petites bulles d'air qui passent dans l'œsophage, pour se diffuser partout dans l'intérieur, de même que les sucs alimentaires. Quoi qu'il en soit, ces derniers ainsi que l'air sont indispensables à la vie du parasite.

M. Bourguignon a démontré que l'affection désignée sous le nom de gale est due à la présence de cet insecte, et que, huit fois sur dix, elle se communique d'une personne à l'autre en couchant ensemble.

La femelle quitte rarement le sillon où elle réside, hormis la nuit, et encore, dès qu'elle est fécondée, elle ne sort même plus, à moins d'y être forcée mécaniquement par suite du grattage. Une fois en mouvement, elle court avec rapidité et passe ainsi d'un sujet à l'autre par les points de la peau qui se trouvent en contact. Cette communication est assez rare durant le jour, même en donnant la main aux galeux. On s'est d'ailleurs assuré que l'affection ne se produit point par l'inoculation de la sérosité

Fig. 521. Surface dorsale de la femelle de l'acarus scabiei.
Fig. 522. Surface ventrale du même insecte.
Fig. 523. Surface ventrale de l'acarus male (*Bourguignon*) 100 *Diam.*

des vésicules ou du pus des pustules, ni même d'aucune matière contenue dans le corps de l'acarus lorsqu'il est mort. En outre, l'acarus d'une espèce animale ne parvient jamais à s'établir sur une autre espèce. Cependant, l'affection n'est pas purement locale, puisque les éruptions de papules, de vésicules ou de pustules se produisent fréquemment sur des parties du corps que l'animal n'a jamais infestées; il faut donc que ces éruptions proviennent de l'une ou l'autre cause indépendante de la seule présence du parasite.

L'acarus se fixe par préférence sur des sujets jeunes, à peau délicate et semble fuir les endroits où se trouvent un grand nombre de bulbes pileux ; c'est pourquoi on le rencontre moins souvent chez les personnes âgées. Chez les jeunes enfants, il occupe indistinctement toute la surface cutanée, tandis que chez les adultes, il creuse ordinairement ses sillons entre les doigts, entre les orteils, à la partie interne des cuisses et sur les organes génitaux. Sept fois sur dix la gale est limitée aux mains, et trois fois seulement elle s'étend aux organes de la génération et au tronc. La seule preuve certaine de l'existence de la gale, c'est la constatation de l'acarus. M. Bourguignon avait même disposé un petit microscope exprès pour le rechercher. C'est un instrument grossissant 70 fois, muni d'une lentille pour condenser la lumière, monté sur plusieurs joints articulés, et fixé sur un socle. Cette disposition permet d'explorer facilement toute la surface du corps, de découvrir l'insecte et de suivre ses mouvements avec la plus grande facilité. Pour M. Bourguignon, les papules, vésicules et pustules qui accompagnent la gale n'en sont jamais une preuve caractéristique.

M. Biett a institué une série d'expériences à l'Hôpital St. Louis, pour déterminer les agents les plus actifs contre la gale. Il a donc essayé quarante et une sortes d'applications ou de modes de traitement. Celui qui lui a le mieux réussi est une pommade composée de : Soufre deux parties ; Sous-carbonate de potasse, une partie ; Axonge, huit parties.

M. Albin Grass a fait des expériences pour déterminer les substances qui tuent le plus rapidement l'acarus une fois hors de son sillon. L'animal a résisté trois heures dans l'eau, deux dans l'huile d'olives, une dans une solution d'acétate de plomb, cinq quarts d'heure dans l'eau chaude, vingt minutes dans le vinaigre et dans une solution alcaline, douze minutes dans une solution de sulfure de potasse ; neuf minutes dans la térébenthine, et de quatre à cinq minutes dans une solution d'iodure de potassium. Il a survécu seize heures dans la vapeur de soufre sous une cloche, et une heure entière dans la fleur de soufre. D'après ces expériences, l'iodure de potassium serait la substance la plus active contre la gale. M. Grass en examinant un malade qui avait pris trois bains sulfureux, trouva encore trois acarus vivants dans leur sillon. A la suite d'une seule friction avec la pommade sufuro-alcaline d'Helmerich suivie d'un bain, il a le plus souvent constaté la mort de tous les parasites.

M. Bourguignon a suivi avec soin à l'aide de son microscope, à l'hôpital

St. Louis, les effets des frictions avec la pommade sulfuro-alcaline. Le premier jour, après deux frictions et un bain simple, les acarus ne semblaient nullement affectés. Après deux jours ou quatre frictions, ils étaient encore bien vivants, mais s'étaient enfoncés profondément dans leurs sillons. Le troisième jour, ils étaient toujours en vie, mais déjà affaisés sur eux mêmes; des œufs recueillis dans les sillons purent encore éclore par la chaleur artificielle et donnèrent naissance à des larves très actives. Le quatrième jour, les insectes les plus superficiels étaient morts, mais ceux logés plus profondément résistaient encore, quoique très malades. La plupart des œufs recueillis avortèrent. Au bout de cinq jours, tous les acarus étaient bien morts, et les œufs d'une demi douzaine d'entre-eux soumis à une température favorable à l'éclosion ne produisirent rien. Quant à l'éruption, le plus souvent elle demeurait stationnaire, parfois, cependant, semblait augmenter sous l'influence de l'irritation occasionnée par la pommade et par les frictions, mais elle finit également par disparaître. A St. Louis, on renvoie donc ordinairement les galeux après huit jours de friction, quoiqu'ils soient encore couverts d'éruptions, et le plus souvent la guérison est complète. Cependant, il en revient environ trois sur dix, encore porteurs d'acarus. M. Bourguignon attribue ces échecs à ce que souvent la friction n'est bien faite qu'aux mains et aux pieds; les insectes vivant sur le tronc n'ont pas été atteints.

M. Bourguignon, considérant la structure délicate de l'acarus et avec quelle facilité les substances toxiques la pénètrent, a fait aussi des recherches pour déterminer celles qui le tuent le plus vite. Il a trouvé que les solutions d'iodure de potassium et d'iodure de soufre sont les plus actives et détruisent l'animal en huit minutes. Vient ensuite une solution alcoolique de staphysaigre qui le fait mourir en quinze minutes. Cependant, ayant fait plonger leurs mains à des galeux, deux heures durant, dans une solution des deux premiers, malgré que les téguments en fussent colorés et tout imprégnés, les insectes extraits étaient encore parfaitement en vie, mais le lendemain ils étaient tous morts et leurs œufs détruits. L'épiderme aussi était fortement ridé, au point qu'au troisième jour il se fit une desquamation générale emportant les acares avec leurs sillons et laissant la peau sous-jacente munie d'un nouvel épiderme très délicat. L'action avait été évidemment trop énergique. Une solution d'extrait alcoolique de staphysaigre fut également essayée, et, après deux heures d'immersion, tous les acares furent trouvés morts et leurs œufs détruits à une exception près. Ce bain, loin d'être irritant, fit cesser immédiatement la démangeaison et produisit un tel effet calmant que M. Bourguignon se demande s'il n'y aurait pas lieu de l'employer contre des inflammations locales. A la suite de cette immersion les vésicules se séchèrent très vite. Après avoir institué d'autres expériences encore, il préconisa une pommade avec la staphysaigre, dont voici la recette : Graine de staphysaigre récemment, pulvérisée, 500 grammes; Axonge bouillante, 500 grammes. Faire digérer pendant 24 heures, au bain marie, à la température de 100°

puis passer au blanchet. Il suffit de faire des frictions pendant quatre jours avec cette pommade (au lieu de sept avec la pommade sulfuro-alcaline), pour détruire non-seulement les insectes et leurs œufs, mais pour faire sécher les éruptions et obtenir une guérison durable.

ENTOZOON FOLLICULORUM.

Ce parasite habite les follicules sébacés de la peau et notamment ceux de la face, où il se rencontre fréquemment avec de l'acné. Chez presque tout

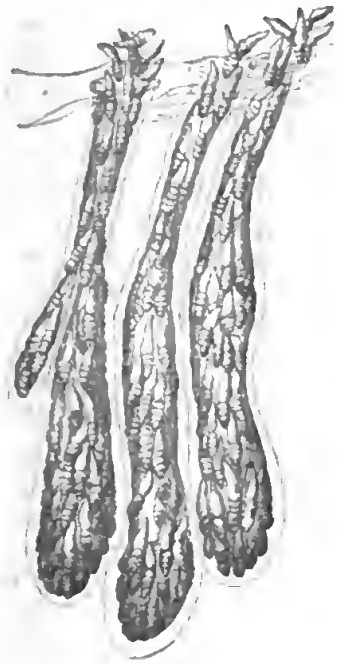


Fig. 524

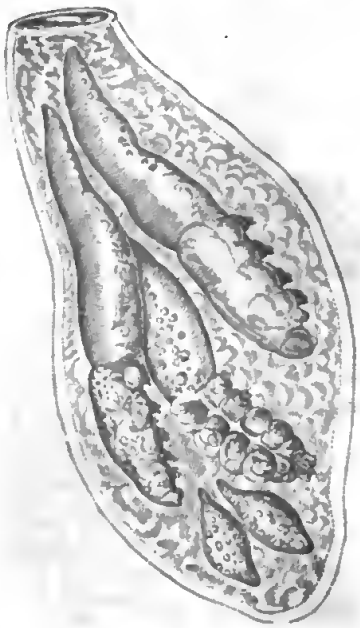


Fig. 525.

le monde, on en trouverait dans les follicules du nez, et, d'après Simon, on en pourrait constater à toutes les autopsies. Il en a fréquemment observé de vivants six jours après la mort de l'individu qui les portait. L'animal mesure de $0^{mm},02$ à $0^{mm},04$ en longueur et de $0^{mm},016$ à $0^{mm},005$ en largeur. Il se compose d'une tête, d'un thorax et d'un abdomen.

La *tête* a la forme d'un cône tronqué, aplati de haut en bas, et se détache obliquement de la partie antérieure du tronc en s'infléchissant un peu vers la face ventrale. On ignore encore si ce parasite a des yeux. La tête est munie de deux palpes maxillaires, douées d'une grande mobilité. Le *thorax* est la pièce la plus large et se compose de quatre anneaux,

Fig. 524. Trois follicules de la peau d'un chien, contenant des entozoa. 100 *diam.*
Fig. 525. Cul-de-sac d'un follicule sébacé, contenant trois animalcules vus sous différentes faces, ainsi que deux œufs. (D'après *Gruby*.) 350 *diam.*

sur chaque côté desquels sont implantées deux pattes (en tout, huit). L'*abdomen*, de longueur variable, offre une disposition annelée et est doué de certains mouvements. Le Dr Erasme Wilson a vu à l'intérieur un canal alimentaire terminé par un anus et aussi une masse brunâtre qu'il considère comme le foie. On n'a pas découvert jusqu'ici l'appareil sexuel ni les organes respiratoires.

Fig. 526.

Pour se procurer les animalcules il suffit de comprimer avec deux doigts la collection sébacée dans laquelle on suppose les trouver. Cette matière sébacée sortie sous la forme d'un petit ver est alors placée dans une goutte d'huile chauffée au préalable, puis divisée à l'aide d'aiguilles et examinée sous un grossissement de 250 diamètres. Les parasites se meuvent avec lenteur et les mouvements, par suite de la conformation de leurs articles, s'opèrent seulement en avant ou en arrière, comme chez les écrevisses (Gruby). Ils se nourrissent de la sécrétion sébacée des follicules pileux.

Ils occupent communément le conduit excrétoire des follicules, lequel est ordinairement dilaté à l'endroit où ils siégent. Leur tête est toujours tournée vers la base de la glande. Lorsqu'ils sont nombreux, on les trouve rangés dos à dos, les pattes appliquées contre les parois du conduit glandulaire. Quant il sont encore plus nombreux, ils semblent entassés les uns sur les autres et pénètrent plus avant vers la racine du bulbe pileux; toutefois, on les trouve rarement à la base de la glande. Chez les jeunes sujets, il s'en rencontre le plus souvent de deux à quatre, mais dans un âge plus avancé on en compte parfois de dix à vingt (Gruby).

Quoique cet entozoaire se rencontre fréquemment avec l'acné, il n'occasionne guère de trouble sérieux. D'après Erasme Wilson, ce parasite est tellement commun qu'à part les nouveau-nés, il n'est presque pas d'individu qui n'en soit porteur.

DERMATOPHYTES.

L'existence de champignons parasitaires à la surface de la peau a été constatée, aujourd'hui, dans un grand nombre de circonstances diverses,

Fig. 526. Poil avec son follicule, garni d'animalcules qui semblent descendre vers le bulbe et le cul-de-sac des follicules (*Gruby*). 100 *diam.*

et ils constituent trois formes principales de maladies de la peau : la teigne faveuse, le pityriasis et la mentagre. Cette dernière affection est rare en Écosse et je n'en ai jamais observé un seul cas. Toutes ces formes peuvent être rapportées au favus, et je m'occuperai spécialement de ce dernier.

FAVUS.

Obs. CXCVIII (1). — *Favus du cuir chevelu chez une adulte. — Incurable.*

Commémoratif. — Isabella Fergusson, 22 ans, servante à l'air robuste, ayant la peau fine et offrant tous les attributs du lymphatisme, fut admise à la Clinique de l'Infirmerie Royale, le 6 mai 1849. Elle vient pour une éruption qu'elle porte à la tête depuis douze ans. Il y a quatre mois ses règles ont cessé de reparaître, et depuis lors elle a de fréquents maux de tête, de la constipation et de la dyspepsie.

Symptômes a l'entrée. — Presque tout le cuir chevelu est recouvert d'une croûte ou d'une sorte de calotte épaisse, jaune, friable, à surface et à contours irréguliers, exhalant une odeur repoussante, comparable à de l'urine de chat, et occasionnant de vives démangeaisons. Jusque vers le milieu du mois de juillet, elle fut soumise à une médication interne, afin de combattre la constipation et la dyspepsie; les règles sont revenues d'elles-mêmes. Les croûtes de la tête furent enlevées à l'aide de cataplasmes et on fit des frictions avec un onguent composé de parties égales de chlorhydrate d'ammoniaque et de pommade sulfureuse. Cette femme est entrée dans le service du Dr Bennett, le 14 juin. La tête était de nouveau recouverte de croûtes de favus, formant des îlots isolés ou des plaques plus vastes irrégulièrement élevées et contournées. En examinant au microscope une parcelle de cette croûte, on y découvrit les filaments intriqués et les sporules caractéristiques du favus. *On fit tomber de nouveau les croûtes au moyen de cataplasmes de farine de lin, la tête fut rasée ensuite, et on ordonna de faire deux fois par jour une onction avec de l'huile de foie de morue, puis de recouvrir la tête avec une calotte de taffetas gommé.* Ce traitement fut suivi régulièrement durant six semaines, mais dès qu'on eût cessé de l'employer, les croûtes de favus revinrent. Pendant les mois d'août et de septembre, on fit des badigeonnages à la teinture d'iode et des frictions avec la pommade au goudron; on alla même jusqu'à appliquer des vésicatoires, mais sans réussir davantage.

Marche de la maladie. — Dans les premiers jours d'octobre, la tête était parfaitement nette et la chevelure coupée rase, on résolut de cesser toute médication et de rester en expectative. Au bout de trois jours, la surface entière du crâne était recouverte de squames, l'épiderme s'était soulevé, fendillé, desséché, et était devenu très rugueux au toucher. Cet état furfuracé se prononça davantage de jour en jour, si bien qu'au bout de deux semaines on y distingua quelques petites taches brillantes, couleur de soufre. Cette production examinée au microscope se trouva formée d'une fine matière moléculaire, entremêlée de squames épidermiques, d'où semblaient sortir de petits tubes arborisés. La croûte fut de nouveau enlevée, et la peau dénudée soumise à des onctions régulières avec de l'huile de foie de morue. Le cuir chevelu resta ainsi exempt de toute éruption jusqu'au 20 de *novembre*, époque à laquelle cette personne commença un typhus grave qui suivit sa marche ordinaire et dont la convalescence commença seulement le 8 *décembre*. Durant tout ce temps là, on cessa naturellement toute application locale, à l'exception de douches froides, afin de soulager les symptômes cérébraux, car il était survenu beaucoup de délire et même du coma. Bientôt toute la tête se recouvrit de pelli-

(1) Recueillie par M. William Johnston, élève du service.

cules furfuracées, et le 11 *décembre* on aperçut de nouveau les petites taches d'un jaune vif. A mesure que les forces revinrent, les croûtes du favus se multiplièrent et s'épaissirent; nous pûmes donc suivre pas à pas le développement de cette singulière affection. Chacune de ces croûtes offrait dans le principe le volume d'une tête d'épingle, mais bientôt s'aplatissait en formant un disque circulaire; un enfoncement central en forme de godet se dessinait ensuite, et plusieurs d'entre-elles plus isolées atteignirent jusqu'à huit millimètres de diamètre. Plus généralement ces godets se joignaient, formant des groupes de deux, de trois et même de douze; il se produisait ainsi une large incrustation ou sorte de mosaïque formée de pièces héxagonales et rappelant l'aspect d'un rayon de miel. Peu à peu les dépressions s'effacèrent, un anneau foncé se dessina autour des croûtes, mais les parties centrales restaient plus claires, tout en gagnant de plus en plus d'épaisseur. Ces groupes à leur tour se joignirent, et la malade commença à souffrir d'une vive démangeaison, ou pour mieux dire, d'une irritation insupportable. A ce point devait s'arrêter notre observation, car la malade n'eut pas tardé à se retrouver aussi mal que lors de son entrée à l'hôpital. On fit donc encore une fois tomber les incrustations à l'aide de cataplasmes et on reprit les onctions à l'huile de foie de morue; la tête s'est nettoyée parfaitement, toutefois, il reste une tendance évidente à la reproduction parasitaire. Ne pouvant retenir indéfiniment cette personne et comme elle demandait sa sortie, elle fut congédiée le 17 *janvier*; seulement il lui fut enjoint de continuer ses onctions et de porter sa coiffe de taffetas gommé, ce qui empêche efficacement la formation de nouvelles croûtes.

Obs. CXCIX (1). — *Favus de cuir chevelu datant de trois années. — Guérison.*

Commémoratif. — Margaret Bryer, 12 ans, d'un tempérament scrofuleux et cachectique, fut admise le 19 juin 1849, pour une teigne à la tête. Les croûtes sont surtout nombreuses et confluentes sur le sommet de la tête, mais partout il en existe de petits groupes isolés. Çà et là, on remarque déjà des taches d'un à deux centimètres de large, complètement dépourvues de cheveux. A l'examen microscopique, on reconnaît manifestement les tubes arborisés et les sporules du cryptogame producteur du favus. L'affection date de trois ans et la jeune fille prétend l'avoir contractée en se servant d'un peigne appartenant à une compagne qui avait une éruption sur la tête. Les croûtes ont été enlevées déjà à plusieurs reprises au moyen d'emplatres de poix, et on a employé sans succès une foule de pommades.

Marche de la maladie. — On commença par faire tomber les croûtes, et l'irritation fut combattue par des applications alcalines liquides, continues. Dans les premiers jours de juillet, on fit prendre *trois fois par jour une cuillerée d'huile de foie de morue. En même temps on faisait des onctions à l'aide de la même huile, sur la tête préalablement rasée, et l'on empêchait l'évaporation à l'aide d'une calotte de taffetas gommé.* Ce traitement fut continué jusqu'au 10 *août*, jour de la sortie. Par mesure de précaution, cette fille rentra le 5 *septembre* et fut tenue en observation jusqu'au 10; le favus ne reparaissant plus, il y a lieu de croire que la teigne est guérie définitivement.

Obs. CC (2). — *Favus contracté dans la salle, à la malade de l'observation CXCVIII. — Guérison.*

Commémoratif. — Margaret Cameron, 5 ans, enfant chétive à l'air cachectique, est entrée à l'Infirmerie le 23 juillet 1849, pour une éruption sur la tête. Les cheveux

(1) Recueillie par le Dr J. Smith, externe.
(2) Recueillie par M. Alex. Struthers, élève du service.

sont agglutinés ensemble sur plusieurs points et comme englobés dans une croûte d'impétigo, dont on voit des groupes de vésicules disséminés sur toute la tête. En certains endroits où le mal est plus chronique, on voit des incrustations dures, saillantes, nodulées et friables. C'est en un mot un eczéma impétiginodes. Le microscope, auquel furent soumises plusieurs croûtes, ne montra nulle part de trace de favus. *On prescrit des cataplasmes, pour faire tomber les croûtes, puis des lotions alcalines et d'huile de foie de morue à l'intérieur.*

Marche de la maladie. — N'étant plus chargé du service clinique durant les mois d'août et de septembre, je perdis cette enfant de vue; quelle ne fut pas ma surprise, à mon retour au commencement d'octobre, de lui trouver la tête toute couverte de croûtes de favus! Cette fois le microscope y montra les plus belles arborisations parasitaires et les sporules de favus les mieux développées. Il paraît que cette petite fille avait été prise en affection par Isabella Fergusson et qu'on avait eu l'imprudence de la laisser coucher plusieurs fois dans son lit; il n'y a donc pas de doute quant à la source de la contagion. Cependant, la santé générale de l'enfant s'était beaucoup améliorée. *On prescrit des cataplasmes pour faire tomber les croûtes, puis on rasera la tête et on fera des onctions deux fois par jour avec de l'huile de foie de morue, après quoi on mettra la coiffe de taffetas gommé à demeure.* Ce traitement fut continué sept semaines, au bout desquelles on se contenta de soins de propreté et d'observer ce qui arriverait. Au bout de quinze jours, la tête s'était couverte de petites écailles furfuracées, mais les cheveux repoussaient activement. On la garda encore une semaine et comme la santé ne laissait plus rien à désirer, on la rendit à ses parents, le 6 *décembre*.

Obs. CCI (1). — *Favus du cuir chevelu datant de quatre années, guéri par des lotions à l'acide sulfureux.*

Commémoratif. — Helen Goodall, 15 ans, est entrée le 3 novembre 1853. Il y a quatre ans qu'elle porte la teigne; elle est venue à différentes reprises à l'Infirmerie où elle a subi divers traitements, sans résultat. A son arrivée, une grande partie de la tête était dénudée, par suite de la destruction des bulbes pileux; le reste était recouvert d'une épaise croûte, jaune, friable, répandant une odeur de souris et infestée de de milliers de pous. — Le 7 *novembre*, on commença l'application en permanence de compresses saturées d'une solution d'une partie d'acide sulfureux dans trois parties d'eau, et on recouvrit d'une capeline de taffetas gommé. Ce traitement fut continué jusqu'au 15 *décembre*; le cuir chevelu était en grande partie dépourvu de poils, mais parfaitement nettoyé. — Le 15 *janvier* suivant rien n'avait plus reparu; cependant on prescrivit encore des frictions deux fois par jour avec l'huile de cade, afin de faire disparaître la desquamation restante; enfin, le 5 *février*, on congédia cette jeune fille, complètement débarrassée de sa teigne.

Obs. CCII (2). — *Favus limité de la joue, guéri par une cautérisation au nitrate d'argent.*

Commémoratif. — James Scott, 15 ans, apprenti-peintre, vint à l'Infirmerie, le 27 *janvier* 1850 pour une éruption qu'il portait sur la joue. Il rapporte qu'il y a une huitaine de jours, il remarqua sur sa joue une petite tache ne dépassant par la largeur d'une tête d'épingle. Cette tache située à l'angle externe de l'os malaire, s'agrandit rapidement et atteint aujourd'hui la largeur d'un shilling. Au milieu de cette surface rouge et un peu proéminente, on remarque plusieurs petites croûtes

(1) Recueillie par M. P. W. Wallace, élève du service.
(2) Recueillie par M. Hugh Balfour, élève du service.

agrégées ayant l'aspect de celles du favus. Ces croûtes soumises à l'examen microscopique présentent d'ailleurs les tubes arborisés et les sporules particuliers à cette affection. Le sujet ignore complètement où il a pu contracter ce mal. On pratique, après avoir nettoyé la surface, une forte cautérisation au nitrate d'argent. Nous avons revu ensuite ce jeune homme à plusieurs reprises, il ne présenta plus aucune trace de cette affection.

Commentaire. — Le sujet de la première observation de favus relatée ci-dessus était une personne adulte, atteinte de ce mal depuis douze années. Au moyen de cataplasmes et en abritant la surface malade du contact de l'air, nous parvenions par des onctions huileuses à faire disparaître l'éruption extérieure; mais dès qu'on cessait le traitement, le mal revenait opiniâtrement. Les second et troisième cas guérirent en six ou sept semaines à l'aide de ce même traitement; c'étaient des enfants, et l'affection était encore récente : chez le premier datant de trois années, et produite en quelque sorte sous nos yeux chez le second. Notre quatrième cas, une teigne rebelle, de quatre années, a cédé à des lotions à l'acide sulfureux, moyen énergique recommandé par le Dr Jenner à raison de sa propriété destructive de toute végétation. Dans notre cinquième cas, le mal était limité et put être détruit par une seule cautérisation au nitrate d'argent. Il est rare d'avoir l'occasion d'observer la marche du favus dans nos hôpitaux; d'abord, parce cette affection résiste souvent des mois, quelque fois des années, et que les institutions charitables ne peuvent garder aussi longtemps des sujets d'ailleurs bien portants; en second lieu, si un patient de cette catégorie est dans nos salles, il ne manque pas d'arriver un moment où l'on est dans la nécessité de le congédier pour faire place à un autre plus gravement malade. Pourtant, la teigne est si commune à Edimbourg, qu'il est rare de ne pas en trouver un cas dans l'hôpital. D'ailleurs, lors même qu'on a fait disparaître les croûtes à l'aide de cataplasmes, l'éruption se reproduit trop souvent, et on a ainsi l'occasion d'étudier son développement. Je ne m'étendrai pas davantage sur le traitement, me proposant d'y revenir plus loin.

Historique du favus et de la découverte de sa nature végétale. — (Achorion Schönleinii de Link.)

La démonstration faite par Bassi (1) de la nature végétale de la maladie appelée muscardine, dans les vers à soie, et qui cause tant de dommages à l'industrie, a ouvert la voie vers la découverte de la nature végétale parasitaire de certains désordres pathologiques observés sur les animaux supérieurs et sur l'homme lui-même. Schönlein, de Berlin, reconnut le premier le champignon producteur de la teigne, et ses observations ne tardèrent pas à être confirmées par celles de Remack (2), de Fuchs et de

(1) *Del. Mal. del Segno calcinaccio o Muscardino*, Milano, 1837.
(2) *Archives* de Müller.

Langenbeck (1). Gruby (2), en 1841, donna une description très complète de ces végétations et fit de nombreuses recherches concernant leur siége, leur origine et leur mode de propagation. En 1842, je répétai ces expériences et produisis quelques faits nouveaux (3). En 1845, je réussis à inoculer le parasite. Depuis lors, d'autres investigateurs, parmi lesquels Lebert (4), Remack (5), Robin (6), achevèrent d'élucider la question. Nous aurons l'occasion de revenir sur ces travaux.

Mode de développement et symptômes du favus.

Un grand nombre d'auteurs, entre autres Willan, Bateman, Biett et Rayer décrivent le favus comme débutant par une pustule qui se crève et donne naissance à la croûte de la teigne. D'autres, comme Baudelocque, Alibert et Gibert, nient cette origine pustuleuse et soutiennent que l'affection commence par une croûte.

De nombreuses observations me permettent d'affirmer que la formation de pustules n'est pas invariable, bien qu'il s'en produise souvent; c'est donc une erreur de classer le favus dans l'ordre des pustules. M. Gruby soutient qu'il n'en existe jamais; c'est là une affirmation également controuvée; toutefois elles sembleraient être un phénomène purement consécutif à l'irritation produite par le mal chez certaines individus (7). D'autre part, je n'ai jamais observé cette affection sans qu'elle fût précédée d'une desquamation superficielle, et c'est là une observation qui n'est pas sans importance, comme nous le verrons plus loin, par rapport au mode de production du favus. Parfois aussi, les petites squames forment une masse épaisse, la matière favense est plus disséminée et ne forme plus de croûtes distinctes ombiliquées. Cette variété constitue le pityriasis parasitaire de quelques auteurs.

Si, après avoir fait tomber les croûtes de la teigne à l'aide de cataplasmes, on observe jour par jour la repullulation du mal, la première modification morbide observée est une exagération de vascularité de la peau, accompagnée bientôt de la desquamation de l'épiderme; au bout d'une période de douze à quatorze jours, on commence à apercevoir de petites taches d'un jaune vif comme de petit grains de soufre. Ces petits corps augmentent peu à peu de volume, mais même au début de leur formation, on y distinguerait à l'aide d'une lentille une petite dépression

(1) *Comptes-rendus de la Polyclinique de Göttingen.*

(2) *Comptes-rendus*, t. XIII, pp 72 et 309, 1841.

(3) *On Parasitic Vegetable Structures found Growing in Living Animals, Edinb. Philos Transact.*, vol. XV, p 227, 1842; et *Monthly Journal*, Juin, 1842.

(4) *Physiologie pathologique*, t. II, 1845.

(5) *Diagnostiche und Pathogenische Untersuchungen*, 1845.

(6) Des végétaux qui croissent sur l'homme, etc., 1847.

(7) Cette explication de l'origine des pustules et de la matière purulente lorsqu'il s'en produit a été adoptée par Lebert, Remak et Simon.

centrale, d'où s'élance généralement un poil. Cette cupule ou croûte peut aller jusqu'à atteindre la dimension d'un franc, conservant toujours sa forme arrondie tant qu'elle est isolée. D'ordinaire, pourtant, les bords des différents godets se joignent, se déforment mutuellement jusqu'à ce que serrés les uns contre les autres ils affectent une disposition hexagonale comme les alvéoles d'un rayon de miel. Je pense donc que les variétés, désignées sous les noms de Porrigo lupinosa et de Porrigo favosa ne constituent pas des formes différentes, mais sont simplement la même affection, parvenue à des phases et à des degrés de confluence divers. Tout au début de la formation, le godet du favus est un peu déprimé sous le niveau de la peau ; à mesure qu'il s'accroît, ses bords s'élèvent et il paraît se former tout autour une série d'anneaux concentriques. Dans le principe aussi, ce godet offre une couleur jaune uniforme, mais à mesure qu'il se développe, sa dépression centrale revêt une teinte plus blanche. Ce chan-

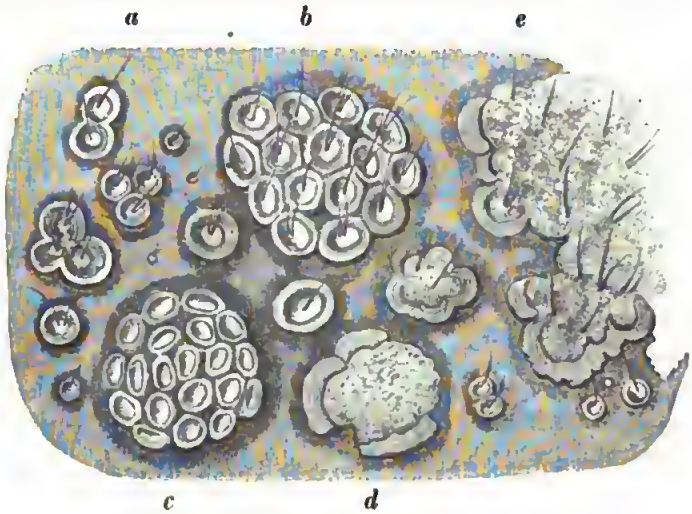


Fig. 537

gement tient à l'accumulation des sporules de la plante plus abondantes en cet endroit. A un degré plus avancé encore, cette substance jaune-blanchâtre centrale se transforme en une sorte de farine ou de poussière, qui envahit graduellement les bords, comme l'a observé Gruby ; le centre

Fig. 537. *a*, Croûtes isolées de favus présentant des dépressions que l'on a comparées à celles des graines du lupin (*Porrigo lupinosa*), à divers degrés de développement; elles forment des groupes de deux ou de trois. — *b*, groupe plus nombreux de croûtes déjà un peu comprimées sur leurs bords et commençant à prendre la disposition hexagonale, comme les rayons des abeilles (*Porrigo favosa*). — *c*, Autre groupe observé sur l'épaule d'une jeune fille ; aucun poil ne traverse ces godets. — *d*, Larges godets isolés, parvenus à un degré avancé de développement ; l'anneau externe est rompu, et le centre devenu friable s'est sensiblement élevé. — *e*, Godets multiples, ne formant plus qu'un ensemble ou croûte élevée et irrégulière; les bords présentent seuls des traces de la forme originaire des godets, dans les restes d'anneaux fissurés qui les bordent.

Grandeur nature.

s'élève à son tour et devient convexe. En général, un anneau inflammatoire entoure la croûte, et à mesure qu'elle prend du développement, cet anneau s'élargit et s'injecte davantage par suite du surcroît d'irritation. Enfin, l'incrustation elle-même se fendille et s'écaille, toute forme régulière disparaît, une calotte épaisse et résistante couvre le crâne, exhalant une odeur repoussante d'urine de chat ou de souris. Dans les cas chroniques elle est encore souvent infestée de pous qui déposent leur œufs dans les interstices et fourmillent par milliers jusque sous les croûtes.

J'ai observé des cas où la teigne, au lieu de présenter des godets distincts autour des bulbes pileux, se répand sous l'épiderme et affecte ainsi l'aspect d'un pityriasis ou même d'un eczéma chronique. L'examen microscopique ne manque pas alors de faire découvrir des groupes de sporules et de tubes parasitaires plus ou moins développés. Il m'est arrivé dans un cas de trouver les sporules plus petits et parfaitement ronds au lieu d'être ovales. Dans d'autres, au contraire, j'ai vu ces sporules trois ou quatre fois plus gros que ceux du favus ordinaire, et ils présentaient des noyaux inclus, en voie de multiplication par fissiparité. Je pense donc que le pityriasis parasitaire de la tête est simplement une modification du favus; au reste, on fera bien dans tous ces cas d'éruptions chroniques d'inspecter les croûtes au microscope.

Quant aux symptômes locaux, ils dépendent du plus ou du moins d'irritation éprouvée par les sujets. Au début, c'est à peine s'il existe un malaise quelconque, un peu de démangeaison. Celle-ci, à mesure que le mal fait des progrès, devient de plus en plus agaçante et oblige le sujet à se gratter. De la sorte, des croûtes sont détachées ou arrachées, et il en résulte une exsudation de sérosité ou un léger saignement; le mal peut aller même jusqu'à l'inflammation. Souvent il se produit des pustules d'impétigo, de la suppuration avec ulcères et écoulement d'un liquide ichoreux de dessous les croûtes. Lorsque la maladie est ancienne, il s'exhale une odeur d'autant plus insupportable que l'aspect de l'écoulement ichoreux, de la vermine et des croûtes qui recouvrent la tête, font de ces malades un objet de dégoût.

La teigne, avons-nous dit, s'attaque le plus communément au cuir chevelu; cependant elle peut se développer aussi sur le front, sur les tempes, sur les joues, le nez, le menton, les oreilles, les épaules, les bras, l'abdomen, la région lombaire, le sacrum, les genoux et les jambes. Alibert a donné une planche où l'on voit l'affection dans ces diverses régions à la fois. Je l'ai d'ailleurs rencontrée en même temps sur les joues, les épaules, le dos, les bras et les extrémités inférieures; dans plusieurs de ces régions, je n'ai pu trouver de poils traversant les godets. (Fig. 557, *c*.)

Les symptômes constitutionnels sont de la plus haute importance, et cependant, c'est à peine si les médecins y font attention. Chez la plupart des individus atteints que j'ai observés, la santé générale avait beaucoup souffert et la constitution avait pris un caractère scrofuleux et cachec-

tique plus ou moins marqué. Quelques-uns offraient le *facies scrofulosa* le mieux caractérisé; d'autres étaient affectés d'engorgement des glandes lymphatiques cervicales; chez le seul de ces malades que j'aie vu succomber, j'ai trouvé à l'autopsie des dépôts tuberculeux dans les poumons, dans les glandes mésentériques et dans d'autres organes encore. Au reste, la plupart des individus qui meurent avec le favus, sont atteints de phthisie ou de quelque autre forme de maladie tuberculeuse. Les belles planches de l'ouvrage d'Alibert sont donc loin d'être la représentation fidèle de la nature; en effet, si les godets et les croûtes du favus sont fort exactement dessinés, les sujets ont été singulièrement embellis, et on leur a donné fort mal à propos toutes les apparences d'une santé robuste et une beauté de formes qui est loin de concorder avec la nature. Presque tous ces malades ont l'air misérable, le teint jaune terreux, en un mot, un aspect général qui indique une dépression profonde de la vitalité. L'appétit est souvent défectueux, les évacuations alvines sont irrégulières et les fonctions digestives et la nutrition s'exécutent imparfaitement. Beaucoup d'auteurs signalent même un certain arrêt de développement physique et mental, et Alibert rapporte des exemples où l'époque de la puberté a été notablement retardée.

On a maintes fois confondu le favus avec d'autres éruptions du cuir chevelu, notamment avec l'eczéma, avec l'impétigo, mais surtout avec l'eczéma impétiginodes. Le microscope fournit un moyen sûr de lever tous les doutes, ou, pour mieux dire, c'est lui seul qui doit fournir les caractères diagnostiques réels ou pathognomoniques, notamment les thalles et les spores de l'achorion (1). Assez rarement on voit le favus produire de petites squames comme celles du pityriasis, ce qui l'a fait désigner sous ce nom *P. versicolor*. L'inspection des produits pathologiques aura bientôt dissipé tous les doutes.

Causes.

Alibert considérait le favus comme héréditaire et apporte des exemples à l'appui de sa manière de voir. Sous le rapport de l'âge, la teigne est surtout commune chez les enfants entre trois et douze ans; elle est plus rare dans la première enfance et après la puberté; plus exceptionnellement encore elle s'observe chez des personnes avancées en âge. Presque tous les individus que j'en ai vus atteints, avaient subi l'influence de causes délibitantes, identiques avec celles qui produisent la tuberculose. Avec un peu d'attention, on découvrira d'ordinaire que les sujets proviennent de parents scrofuleux, qu'ils ont vécu au sein d'une atmosphère impure ou corrompue, comme dans de petites chambres, dans des ruelles

(1) En 1842, j'ai découvert le favus sur le museau d'une souris commune, et les végétations cryptogamiques étaient absolument les mêmes que chez l'homme Edinb. Phil. Trans. 1842. Le Dr Carter a cité une observation absolument analogue à la Royal Medical Society d'Edimbourg, en 1856. Le Prof. Gluge, de Bruxelles, a décrit également et figuré un fait du même genre. (*Bulletin de l'Académie royale de Belgique*. 2me série, t. III, n° 12).

étroites ou dans des logements malsains, que leur alimentation a été très pauvre, etc., etc. Voilà pourquoi la teigne est si commune dans les dépôts de mendicité, dans les prisons et parmi les enfants des classes nécessiteuses, dont l'existence est souvent si précaire.

Presque tous les auteurs regardent cette affection comme contagieuse. Bateman, Guersant, entre autres, parlent de sa transmission dans des colléges par suite de l'usage des mêmes essuie-mains, peignes, casquettes, etc. Gibert l'a vue passer d'un individu à l'autre à St-Louis, par suite des mêmes causes ; on a même des exemples, dit-il, de transmission entre jeunes gens après s'être embrassés, l'un d'eux en étant atteint au menton ou autour de la bouche. Mahon prétend même avoir contracté des incrustations faveuses aux doigts, pour avoir négligé de se laver aussitôt après avoir pansé la tête d'individus atteints de teigne. Alibert, dans ses premiers ouvrages, professait aussi que cette maladie est très contagieuse; cependant, il devint moins affirmatif par la suite, puisqu'il dit quelque part que l'amour-propre des parents les porte généralement à faire remonter l'origine d'une affection aussi dégoûtante à une contagion extérieure. « Mes élèves, dit-il plus loin, ont souvent tenté d'inoculer en notre présence le produit de l'incrustation faveuse, sous plusieurs formes et en variant les procédés. Le plus souvent il n'est rien résulté, dans d'autres cas il est survenu une inflammation passagère, qui s'est bientôt évanouie, parfois une suppuration semblable à celle qui pourrait s'établir par tout irritant mécanique ou par l'insertion d'une substance étrangère dans le tégument (1). » Gruby également, après avoir découvert la nature végétale du favus, essaya de l'inoculer à trente plantes phanérogames, à vingt-quatre vers à soie, à six reptiles, à quatre oiseaux et à huit mammifères; il ne produisit la maladie qu'une seule fois, et encore c'était sur une plante. Il fit cinq inoculations sur des bras humains, mais à part une inflammation insignifiante, il n'en résulta rien de sérieux.

Il y a trente ans, j'essayai des inoculations sur moi-même et sur plusieurs autres personnes qui voulaient bien s'y prêter, mais dans aucune de ces expériences, faites suivant divers procédés et répétées à plusieurs reprises afin d'éviter toutes les causes d'erreurs, je ne parvins à faire reproduire la plante sur des parties différentes de celles sur lesquelles elles s'étaient développées ; en d'autres termes je ne pus réussir à communiquer la maladie à aucun individu, ni même sur les parties saines du corps chez des sujets attaqués.

Toutefois je ne tins point la question comme résolue, seulement ces échecs montrent que l'inoculation ne réussit qu'avec de grandes difficultés. Peu de temps après, le docteur Remack, de Berlin, réussit à se communiquer la maladie au bras, en fixant simplement par dessus, à l'aide de sparadrap, des morceaux de croûtes du favus. Au bout de deux semaines, une tache rouge recouverte d'épiderme se montra, et au bout de quelques jours il

(1) *Traité des maladies de la peau*, p. 443.

s'y forma une croûte, sèche et jaune, dans laquelle on reconnut, au microscope les végétations mycodermiques particulières du favus (1). Ayant fait mention de ce fait aux élèves de ma polyclinique au Royal dispensary, en 1845, l'un d'eux s'offrit à être inoculé au bras. Un garçon de huit ans, du nom de John Bangh, qui était atteint de la teigne, faisait en ce moment le sujet de la leçon; je pris donc un fragment ds croûte sur sa tête et le frottai sur le bras de M. M..., jusqu'à ce qu'il se manifestât de la rougeur; alors, à l'aide de quelques bandelettes adhésives j'y fixai la croûte. Le résultat fut régulièrement surveillé à chacune de nos réunions du mardi et du vendredi. La friction avait été poussée un peu loin et fut suivie d'une suppuration superficielle sur plusieurs points. Cependant, trois semaines s'étaient écoulées et il n'y avait pas encore de trace de favus. Il restait sur le bras une petite ulcération du diamètre d'un pois, sur laquelle M. M.... demanda à faire déposer un fragment de godet. Au bout de quelques jours la peau avoisinante devint rouge, s'indura et se recouvrit d'écailles épidermiques. Au dixième jour, apparurent de petites taches d'un jaune vif, que nous reconnûmes immédiatement, à la loupe, pour des points de favus. Au microscope, nous les trouvâmes constituées d'une matière finement granulaire, au sein de laquelle s'entrecroisaient un petit nombre de tubes articulés comme ceux du favus. Trois jours après, les points jaunes prenaient déjà une disposition cupuliforme et étaient traversés par un poil; indépendamment de nombreux tubes, il existait aussi des sporules en quantité. Le bras fut montré au Dr Alison, et comme tous ceux qui avaient assisté à l'expérience étaient pleinement édifiés sur sa réussite, je conseillai à M. M... de détruire chaque godet séparé au moyen de nitrate d'argent. Cependant, désireux de faire quelques observations, il attendit encore. Enfin, il se contenta d'énucléer avec soin les godets et ils ne se reproduisirent plus. M. M... a la chevelure blonde, les yeux bleus, la peau très délicate et très blanche. L'insuccès de la première tentative tient probablement à ce que la croûte n'aura pas été suffisamment bien fixée.

Quant au point de savoir si la maladie est susceptible d'être inoculée ou communiquée par contagion, la chose ne fait pas le moindre doute; c'est là d'ailleurs un fait reconnu par le grand nombre de praticiens et démontré par une foule d'observations (voir obs. CC.). On peut ajouter toutefois, qu'elle ne se communique pas avec facilité aux personnes bien portantes; il faut pour cela, soit une prédisposition particulière, soit un contact prolongé des spores du microphyte avec la peau préparée pour leur germination.

Pathologie.

Nous avons vu dans la description des symptômes et de leur mode de développement que l'affection n'est pas essentiellement pustuleuse, et que

(1) *Medicinische Zeitung*, 3 août 1842.

Google

les pustules sont purement accidentelles. D'autre part, on sait que la croûte propre du favus est constituée par une capsule formée de petites squames épidermiques et tapissée d'une matière finement granulaire. C'est de cette masse que naissent, et c'est là que fructifient des millions de plantes cryptogamiques. La présence de ces végétations forme le caractère pathognomonique de la maladie.

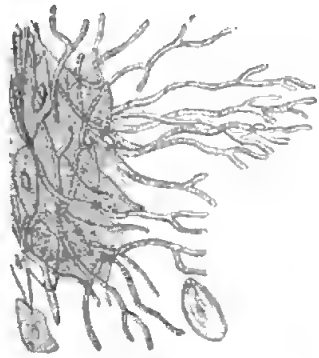


Fig. 528.

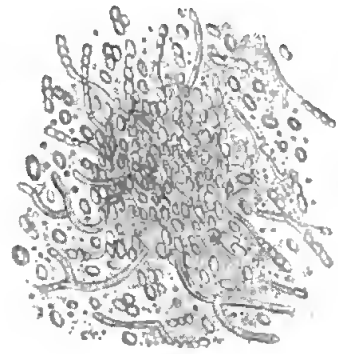


Fig. 529

Pour examiner au microscope ces cryptogames dans leur disposition naturelle, on doit faire une coupe mince du godet, comprenant la couche épidermique extérieure, la masse amorphe, et la matière friable de nuance plus claire située au centre. La coupe est alors disposée sur le

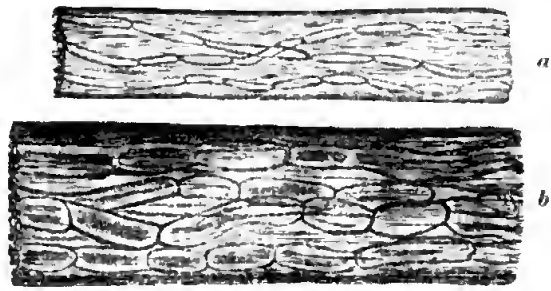


Fig. 530.

porte-objet, recouverte d'une lamelle de verre et légèrement comprimée. On y observe, sous un grossissement de 300 diamètres, des tubes cylindriques (*thalles*) partant des bords du godet et se dirigeant vers le centre

---

Fig. 528. Branches de *l'Achorion Schönleinii* encore peu développées, apparaissant au sein d'une matière moléculaire et entremêlées de squames épidermiques. Cette préparation provient d'un très petit godet faveux

Fig. 529. Fragments de branches plus développées, avec de nombreuses sporules et de la matière moléculaire La préparation provient du centre d'un godet très gros. 300 *diam.*

Fig. 530. *a*. Cheveu blond renfermant des branches de l'achorion Schoenleinii, vu à un grossissement de 300. Le graveur a dessiné par erreur des contours perlés. *b*, Autre cheveu plus foncé également rempli de tubes. 800 *diam.*

en se divisant par dichotomie. Ces branches arrivées à leur entier développement se terminent par le réceptacle (*mycelie*) qui contient une plus ou moins grande quantité de globules ronds ou ovales nommés *sporidies*. Ces tubes ont 0mm,063 à 0mm,04 de diamètre, sont formés d'articulations de longueur irrégulière, et contiennent souvent des molecules ayant de 0mm,0025 à 0mm,025 de diamètre. Les sporules mesurent suivant leur plus grand axe, de 0mm,084 à 0mm,254 de diamètre et de 0mm,084 à 0mm,066 suivant leur axe transverse (Gruby). J'en ai quelquefois observé de ronds et d'ovales qui avaient presque le double de ces dimensions. Les réceptacles et les sporules agglomérées en masses sont toujours plus abondants et plus développés au centre du godet. Les thalles, au contraire sont plus nombreuses au voisinage de la couche externe. On remarque fréquemment de petits renflements sur le côté des tubes articulés; ce sont sans doute des ramifications commençantes.

Les poils qui traversent les godets du favus conservent souvent leur structure normale. Quelquefois, cependant, ils présentent de longs tubes articulés pareils à ceux des godets, et disposés parallèlement à l'axe du poil, lequel est alors d'une fragilité excessive. J'ai fait cette dernière observation, d'ordinaire dans des cas très chroniques. Si à la préparation on ajoute une gouttelette d'eau, on la voit s'introduire par imbibition capillaire en laissant çà et là des bulles d'air plus ou moins longues. Il n'est guère douteux qu'au bout d'un certain temps, tubes et sporules remplissent le follicule pileux, puis s'introduisent dans le cheveu lui-même, provoquent l'atrophie du bulbe et finalement une calvitie incurable. Je regrette de n'avoir jamais eu l'occasion d'observer le favus dans une autopsie et de faire des coupes convenables dans le cuir chevelu.

Divers auteurs ont traité de pure hypothèse la doctrine qui attribue une nature végétale au favus. Ainsi, pour M. Erichsen, (1) « on se serait fondé sur une certaine analogie de forme des godets faveux avec les lichens et d'autres végétaux de la même famille. » Plus tard, on vit dans le favus un amas de cellules. L'organisation vésiculaire, dit Carpenter (2), est commune aux animaux et aux plantes, et pour parler du *Porrigo favosa* et des autres affections analogues, vouloir les attribuer à la présence de végétaux cryptogamiques dans l'économie, me semble une supposition simplement arbitraire. » M. Erasmus Wilson, dans son ouvrage *Diseases of the Skin*, (maladies de la peau), p. 450 et encore dans son *Treatise on Ringworm* (Traité de la teigne annulaire) combat également l'idée d'attribuer les caractères essentiels du favus à une production végétale. Pour lui, les branches particulières et les corpuscules ovales décrits plus haut seraient de simples modifications des cellules épidermiques, lesquelles, suivant les cas, seraient susceptibles de se transformer en cellules de pus ou en corpuscules du favus. En conséquence il donne

(1) *Medical Gazette*, déc. 1841, p. 415.
(2) *Principles of physiology*, p. 453.

le nom de cellules rameuses aux tubes, et de cellules secondaires aux sporules du microphyte. Une simple analogie de forme avec un produit végétal ne suffit pas, dit-il, pour assimiler un produit pathologique à une plante, et il ajoute : « On s'est trompé quand on a cru voir les racines d'un végétal dans l'écorce de la croûte faveuse ; les cellules secondaires n'offrent aucune analogie avec des sporules ou des graines, et il semble absurde d'assigner à un organisme simple comme l'est une cellule, la production de semences et sa reproduction à l'aide de celles-ci, lorsque chaque cellule est douée d'une vie propre et d'une faculté individuelle de reproduction » (1). Tout en convenant qu'il n'est pas histologiste, M. Cazenave (2) dit avoir cherché maintes fois en vain les sporules faveuses, et se croit partant autorisé à conclure qu'il n'est pas toujours aussi aisé qu'on le prétend de les découvrir (p. 227). Finalement, il nie que le favus soit une végétation parasitaire et soutient que c'est une sécrétion particulière ayant sa source dans les glandes sébacées (p. 236).

A l'exception de M. Wilson, qui paraît avoir inspecté avec soin la croûte de la teigne, les auteurs qui nient la nature végétale de cette production semblent avoir des notions très imparfaites de sa structure intime, et plus encore de la disposition histologique des plantes cryptogamiques.

Au reste, si ces longs filaments creux, divisés par intervalles, contenant des molécules dans leurs cellules, sortant d'une masse granulaire non organisée, produisant enfin à leurs extrémités des corps ovales et ronds, en tout semblables à des sporules et arrangés comme des chapelets de perles, si ces productions ne sont pas des plantes, que sont elles? Les tissus des animaux n'offrent rien d'analogue, tandis que toute une catégorie de plantes depuis longtemps familières aux botanistes possèdent identiquement la même structure. Mais ces productions n'offrent pas seulement tous les caractères essentiels à des végétaux, mais il faut leur assigner un rang assez élevé dans l'ordre des cryptogames. Le *protococcus nivalis*, la *torula cerevisiæ* et même la *sarcina ventriculi* décrite par Goodsir, que tout le monde s'accorde à considérer comme appartenant au règne végétal, sont infiniment au-dessous des productions caractéristiques du favus, sous le rapport de la complexité de structure. Un grand nombre de *mucores* ou moisissures qui naissent dans les endroits humides ont une organisation déjà beaucoup moins compliquée. Il suffit de jeter un coup d'œil sur le traité des cryptogames de Greville pour se convaincre de l'analogie de texture de l'achorion du favus avec le *penicilium glaucum* de Link, *l'aspergillus penicillatus*, *l'acrosporium monilioïdes*, le *sporotorium minutum*, le *nostoc cœruleum* et les autres plantes figurées dans cet ouvrage. Pour moi, je ne comprends point qu'on puisse un instant douter de la nature végétale de ces productions, pour peu qu'on les ait

(1) *On Ringworm*, 1847, p. 23.
(2) *Traité des maladies du cuir chevelu*, 1850.

examinées soi-même au microscope sous un grossissement de six à sept cents diamètres.

Pour ce qui est de la nature végétale du favus admise généralement aujourd'hui, il est à remarquer que ce n'est pas la seule production de ce genre qui croisse à l'état parasitaire sur les animaux vivants. J'ai décrit dans un mémoire d'autres microphytes que j'avais trouvés dans des cavernes pulmonaires chez des phthisiques, dans les fuliginosités qui encroûtent les gencives et les dents des malades atteints du typhus; j'en ai signalé aussi au sein des tissus des mollusques, des insectes, des reptiles, des poissons, des oiseaux et des mammifères. D'autres pathologistes et les naturalistes sont venus confirmer ces découvertes. Enfin, il n'est pas hors de propos, je pense, de tenir compte aussi de l'opinion des botanistes. Les plus savants mycologistes ne doutent nullement, que je sache, de la nature végétale du favus. Le Dr Greville, entre autres, à qui j'en avais montré des préparations, fut pleinement convaincu de la chose. Brongniart, d'après Gruby, ainsi que MM. Link et Klotzsch, auxquels Remack fit voir le favus, furent du même avis. Brongniart considère ce végétal comme appartenant au genre Mycoderma de Persoon. J. Müller le place dans le genre oïdium. Quant à Link et Klotzsch ils en font un genre distinct. Linck, en conséquence, donna à ce genre le nom d'Achorion (de Achor, synonyme ancien de favus) et attacha à l'espèce le nom de celui qui l'a découverte, Schönlein. Voici en quels termes ce savant la décrit :

« *Achorion Schœnleinii nobis orbiculare, flavum, coriaceum, cuti humanae praesertim capitis insidens; rhizopodium molle, pellucidum, floccosum floccis tenuissimis, vix articulatis, ramosissimis, anastomoticis* (?); (1) *mycelium floccis crassioribus, subramosis, distinctè articulatis, articulis inæqualibus irregularibus in sporidia abeuntibus; sporidia rotunda, ovalia vel irregularia, in uno vel pluribus lateribus germinantia.*

Le mode de développement et la germination des sporules sont aujourd'hui connus avec assez d'exactitude. Remack fit de petites entailles sur la surface de coupe d'une pomme fraîche et y déposa des parcelles d'une croûte de favus; il plaça alors la pomme sur du sable humide, avec sa surface tournée en l'air et recouvrit le tout d'une cloche de verre. Dans ces conditions, les sporules ne tardèrent pas à se développer, et il put suivre leur croissance pour ainsi dire pas à pas. Au sixième jour, la surface de la pomme était d'une couleur brune et recouverte d'une végétation vigoureuse de *Penicilium glaucum* ou de quelque autre moisissure, mais nulle part on n'apercevait de trace de la forme propre au favus. Quoi qu'il en soit de ces expériences, il est prouvé que les spores de l'Achorion se développent de la même manière que celles des autres plantes cryptogamiques. La membrane d'enveloppe pousse un ou plusieurs prolongements, bientôt convertis en tubes. Plus tard, ceux-ci présentent

(1) Edinb. Philosophical Transact. 1842.

(2) Je n'ai jamais constaté aucune anastomose.

à leurs extrémités un grand nombre de sporules qui, poussées de plus en plus avant, finissent par se détacher et devenir libres. Les fig. 531 et 532 représentent ces modifications observées dans les sporules en train de germer à la surface de la pomme, et la fig. 533 montre les thalles, le mycelium, et les spores observés dans les croûtes résultant de l'inoculation faite par Remack sur son propre bras.

Fig. 531. Fig. 532. Fig. 533.

Le mode de reproduction et la formation des spores se laisse suivre avec grande facilité dans les croûtes bien développées du favus, notamment avec un grossissement de 500 à 800 diamètres. Le thalles formées de cellules de grandeur variable, se divisent à leurs extrémités et produisent des sporules dans leur intérieur. Ces thalles sont entremêlées de mycelium rempli de sporules bien développées ou déjà mises en liberté (fig. 534).

Nous pouvons donc dire à présent que la science connaît les conditions essentielles du développement et du mode de reproduction de l'Achorion Schoenleinii.

Les auteurs ont longuement disserté sur *le siége du favus*. Les uns l'ont placé dans les bulbes pileux ou les follicules (Duncan, Baudelocque, Rayer), d'autres dans les glandes sébacées (Sauvages, Underwood, Murray, Mahon et Cazenave); d'autres encore ont cru en devoir assigner l'origine dans le tissu réticulaire de la peau (Bateman, Gallot, Thomson). Selon Gruby, le microphyte naît dans les cellules de l'épiderme, la peau proprement dite est comprimée sans être détruite et les bulbes ou racines des poils et les follicules sébacés sont seulement affectés secondairement.

J'ai fait des observations afin de vérifier cette manière de voir et j'ai trouvé que toute la surface inférieure du godet se compose de squames épidermiques étroitement collées ensemble. Elles sont revêtues d'une

---

Fig. 531. Spores en train de se développer à la surface d'une pomme, au troisième jour.

Fig. 532. Les mêmes au quatrième jour.

Fig. 533. Spores encore plus développées à la surface d'un bras humain, à la suite d'une inoculation. *a*, Thalles avec des parois pâles; *b*, elles contiennent des sporules (mycelia); *c*, mycelium séparé des thalles; *d*, Sporules séparées du mycelium. (*D'après Remack*) 300 *diam.*

matière finement moléculaire du sein de laquelle les parasites semblent sortir et qui réunit les filaments et les sporules en une seule masse. A la partie supérieure, cependant, les squames épidermiques ne sont pas aussi condensées, et je les ai constamment trouvées plus ou moins désagrégées et non continues. Cette observation n'est pas tout-à-fait dépourvue d'intérêt, puisqu'elle indique le mode probable suivant lequel ces parasites ou leurs

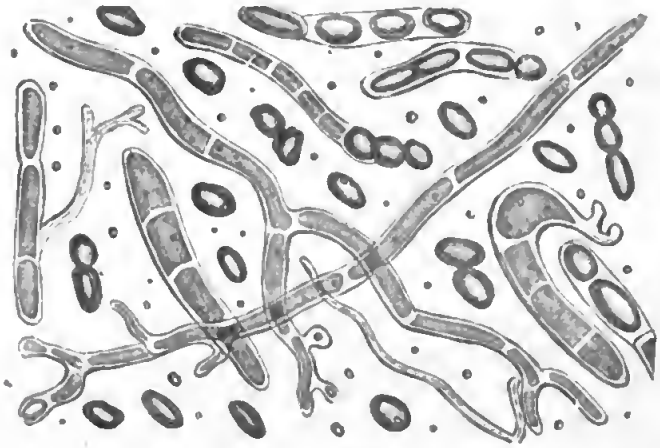


Fig. 534.

spores sont déposés sur le cuir chevelu. On voit que l'apparition des godets caractéristiques de la teigne est invariablement précédée par une desquamation épidermique, en d'autres termes, par la séparation ou la déchirure des nombreuses squames épidermiques qui composent sa couche la plus extérieure. Il est donc très probable que les sporules, ou les éléments dont proviennent ces végétations, s'insinuent entre les crevasses et sous les portions de l'épiderme déjà en partie détaché, au lieu de prendre naissance au-dessous de l'épiderme sain ou dans son épaisseur.

La composition chimique de la matière exsudée au début serait, selon Cazenave, une sorte de corps gras ; je serais plutôt porté à la rapprocher des composés albumineux et à la considérer comme analogue à ce produit moléculaire organique au sein duquel les champignons se développent. Nous avons vu que la réapparition de la croûte faveuse est toujours précédée d'une accumulation de pellicules épidermiques plus ou moins divisées et désagrégées. Des expériences ont montré que les végétaux ne se développent jamais sur la peau saine et que l'inoculation réussit seulement à la condition qu'il se produise d'abord des pustules. Il est fortement probable que lorsque la teigne se communique d'un individu à l'autre, le point affecté (généralement le cuir chevelu) avait été au préalable le

Fig. 534. Thalles, mycelium et sporidies de l'*Achorion Schoenleinii*, montrant le mode de reproduction de ce végétal. 800 *diam.*

siége d'une autre éruption (Obs. CC) ou tout au moins laissait à désirer sous le rapport de la propreté.

M. Erichsen pense que « la matière du favus est une modification du tubercule, en d'autres termes, une affection tuberculeuse de la peau. Par la qualification de tuberculeuse, je ne veux point signifier une affection comme le lupus, caractérisée par de petites tumeurs dures, mais bien une maladie qui consiste essentiellement dans le dépôt de cette production *hétérologue* à laquelle on a donné le nom de tubercule. » J'ai depuis longtemps professé cette même opinion sur la nature du favus; je l'ai même très nettement exprimée, en traitant de la pathologie de la scrofule, dans un travail publié en 1841 (1). La croûte faveuse n'est pourtant pas constituée en entier par de la matière tuberculeuse, seulement cet exsudat particulier compose de sol où pourront se développer des végétations mycodermiques, comme je vais tâcher de le démontrer.

Gruby décrit les mycodermes du favus comme issus d'une masse amorphe dont se compose l'enveloppe extérieure du godet. Cette masse existe réellement, et, d'après mes observations, se compose d'une matière finement moléculaire, identique sous le rapport de la structure avec certaines formes de tubercule ou d'exsudat récemment coagulé. Ainsi, la matière caséeuse si commune à la surface des membranes séreuses sécrétantes, dans les cavernes tuberculeuses et au sein d'autres tissus, dans les cas de tuberculose chronique ou de ces affections avec tendance au dépôt tuberculeux, cette matière caséeuse présente les mêmes caractères. Tout pathologiste familiarisé avec le tubercule, reconnaît une forme granulaire dans laquelle il n'existe aucune trace de noyau ou de cellule et que, par conséquent, on peut regarder comme dépourvue d'organisation. J'ai à maintes reprises examiné cette matière tuberculeuse, et j'affirme n'avoir pas trouvé de différence entre elle et la masse d'où semblent naître les végétations faveuses. L'analyse chimique de cette forme de tubercule montre qu'il se compose principalement d'albumine et d'une petite proportion de sels terreux; parfois on y trouve combinée une petite quantité de fibrine ou de gélatine. Si l'on compare ces données générales avec l'analyse faite par Thénard de la matière du favus, on sera frappé de sa parfaite analogie avec le tubercule. 100 parties ont donné : albumine coagulée, 70; gélatine, 17; phosphate de chaux, 5; eau et déchet, 8 parties. La concordance des caractères morphologiques et chimiques me paraît donc suffisante pour affirmer l'analogie de la matière moléculaire de la croûte du favus avec celle du tubercule.

D'après les expériences de Remack, quoique les sporules du favus se développent sur la surface de coupe d'une pomme, et dans les liquides animaux auxquels on a ajouté du sucre, rien de pareil ne se produit dans l'eau de source ou dans l'eau distillée, dans le serum du sang, dans une solution d'albumine, dans le pus, dans la substance musculaire ou céré-

(1) *Treatise on the Oleum Jecoris Azelli*, Edinburgh, 1841.

brale, dans des morceaux de peau détachés, ni dans les graisses animales. Dans ces expériences, les tissus animaux, de même que les parcelles de favus, se désagrégeaient peu à peu et des infusoires ne tardaient pas à apparaître. L'achorion se développe donc exclusivement dans les mêmes conditions que les autres moisissures. La putréfaction des substances animales ou végétales est défavorable à son évolution organique, mais les changements particuliers qui se produisent dans le lait ou dans l'empois exposés à l'air durant quelques jours, et au sein desquels se multiplient avec facilité des moisissures et des conferves, sont favorables au développement du favus. Voilà pourquoi les inoculations faites dans les tissus sains échouent, le parasite exigeant pour sa croissance un sol formé d'exsudats produits dans certains états constitutionnels ou des substances désagrégées ayant subi des transformations chimiques particulières, probablement sous l'influence de sécrétions acides de la peau.

Je crois donc que la teigne consiste essentiellement dans une anomalie de la nutrition avec exsudation d'une matière analogue sinon identique avec celle du tubercule, matière qui constitue le sol propre à la germination du cryptogame dont la présence fait le caractère pathognomonique de la maladie. Ainsi s'explique sa fréquence relative chez les individus scrofuleux et chez les enfants cachectiques et mal nourris. Telle est aussi la raison de l'échec des inoculations tentées dans les tissus sains, sur lesquels il est nécessaire de provoquer une éruption squameuse, pustuleuse ou vésiculeuse avant que la contagion puisse se faire. Cependant, comme l'expérience a montré la possibilité de l'inoculation chez des sujets sains, il est clair que la matière où naissent les végétations favceuses peut se former au début soit primitivement, soit secondairement; en d'autres termes, il peut y avoir dès l'abord manque d'énergie vitale, comme c'est le cas chez les scrofuleux, ou bien il se produit des formes cellulaires telles que du pus ou de l'épiderme, et ces productions en se désagrégeant ensuite et en subissant une sorte de transformation secondaire en matière granuleuse et moléculaire, constituent le terrain requis pour la germination et le développement du parasite.

Traitement.

Presque tous les traitements imaginables ont été employés contre cette affection à la fois si désagréable et si rebelle, et, peut-on ajouter, toutes les méthodes comptent des succès. Parfois le favus s'éteint de lui-même, ou, pour mieux dire, à mesure que l'organisme se développe et que la constitution se fortifie, les conditions nécessaires à sa perpétuation cessent d'exister; comme conséquence, le mal disparaît de lui-même. Il n'en est pas moins vrai qu'il importe de détruire le parasite le plus promptement possible, et le moyen le plus sûr d'y arriver, c'est de détruire les conditions pathologiques dont il dépend.

Partant de cette idée que le mal prend origine dans les bulbes pileux, on a tenté de l'extirper en même temps que le poil avec lequel il est en

rapport. De là est né le procédé barbare de la *calotte*. Ce procédé consistait à enduire l'intérieur d'une calotte avec un emplâtre très adhésif et à l'appliquer ensuite exactement sur la crâne préalablement rasé. On laissait alors les cheveux repousser et s'insinuer dans la substance emplastique, puis on retirait violemment cette calotte, dans laquelle les cheveux restaient attachés. Il arrivait quelquefois aussi d'enlever une partie de la peau, ou bien, ce qui était moins grave quoique toujours embarrassant, une portion de l'emplâtre ne voulait pas se détacher. Avec le temps on modifia ce procédé en se servant de ce même emplâtre sur des bandelettes séparées, qu'on enlevait ensuite de manière à arracher les cheveux par la même occasion. Toute cruelle qu'elle fût, cette méthode était loin d'être infaillible. On imagina enfin d'épiler les cheveux un à un à l'aide d'une pince, mais ce procédé moins douloureux sans doute, ne réussissait pas toujours. Remis en honneur par Bazin et par Hardy, à Paris, il a aussi été mis en pratique au Dispensaire pour les maladies de la peau, à Glasgow, par les Drs Anderson et Buchanan. D'après Anderson, les agents parasiticides ne sont réellement efficaces qu'après l'épilation, car l'arrachement du bulbe permettrait seul au remède d'atteindre le parasite. Quelque rationnelles que paraissent les théories, c'est aux faits seuls de prouver la supériorité des méthodes.

A Paris, l'ancien traitement par la calotte fut délaissé pour la médication empirique mais adoucie des frères Mahon. De 1807 à 1813, ils traitèrent au Bureau central des Hôpitaux 439 filles et 469 garçons atteints de la teigne; la moyenne des applications fut de 56. Le remède était appliqué généralement tous les jours; la durée moyenne de ce traitement, autrefois célèbre, était donc de trois mois et demi.

Je crois avoir démontré, ci-dessus, que cette affection se lie étroitement à des causes constitutionnelles et notamment à toutes celles capables de produire la scrofule. Le traitement devra donc s'adresser à la constitution et combattre la tendance à la formation d'exsudats tuberculeux, auxquels la maladie est liée. Il va de soi qu'un traitement local est indispensable ici, comme d'ailleurs dans toutes les affections qui ont des causes à la fois locales et générales.

Les principales indications à suivre dans le traitement sont donc : 1° de remédier aux troubles constitutionnels; 2° de faire usage de topiques susceptibles d'empêcher le développement de la vie végétale. Cette ligne de conduite a quelque rapport avec la méthode préconisée il y a déja bien des années par Lorry, puisqu'il recommande, premièrement de modifier les fluides et les solides de l'économie au moyen d'un traitement général, et secondement d'attaquer avec vigueur le mal local à l'aide de topiques capables de faire suppurer profondément la peau et de substituer une cicatrice définitive aux ulcérations du cuir chevelu. Trop longtemps, néanmoins, les médecins se sont bornés à recommander des boissons diluantes, à faire des saignées, à donner des purgatifs ou d'autres remèdes, dont le résultat final est d'affaiblir les forces, tandis que c'est le traitement opposé

qu'il faut mettre en œuvre, si du moins la théorie que nous avons exposée est vraie, et si cette affection se lie presque toujours aux maladies tuberculeuses. D'ailleurs, le développement de la vie végétale est susceptible d'être arrêté par des moyens beaucoup plus inoffensifs que les escharotiques et les pommades irritantes communément employés.

Nous avons vu précédemment que la tuberculose est causée et entretenue par un vice dans les fonctions digestives, que le sang est secondairement affecté par un excès de ses constituants albumineux, que l'albumine finit par s'épancher dans certains tissus de l'économie, où elle détermine les diverses formes d'affections tuberculeuses. Par contre, à une période avancée et à mesure que la proportion d'albumine augmente dans le sang, les éléments graisseux de l'organisme diminuent. De nombreuses observations ont démontré, dans des circonstances analogues, que l'emploi à l'intérieur et à l'extérieur de l'huile de foie de morue a donné les meilleurs résultats et souvent même a réussi à guérir là où d'autres remèdes avaient échoué. L'action de cette huile dans le favus me semble être la même que dans les autres affections scrofuleuses; son emploi doit également être combiné avec un régime généreux et l'exercice, bien entendu en ayant égard aux indications et aux contre-indications.

Le traitement local dont je me sers depuis quelques années, a pour but, conformément aux principes pathologiques développés ci-dessus, d'exclure complètement l'air atmosphérique, et partant de s'opposer à la croissance végétale. A cet effet, je fais appliquer d'abord pendant quelques jours des cataplasmes, jusqu'à ce que les croûtes soient ramollies et se détachent; alors, la tête est rasée avec soin et elle présente une surface nette et luisante. Enfin, l'huile de morue est appliquée matin et soir sur le siége du mal, à l'aide d'un pinceau mou ou d'un bourdonnet d'ouate, puis la tête est recouverte d'une calotte de taffetas gommé, pour empêcher l'évaporation et exclure l'air. De temps en temps, lorsque l'huile s'épaissit et s'accumule, on lave la partie avec de l'eau tiède et un peu de savon. L'axonge et les autres huiles rempliraient le même office, seulement ces corps gras ne sont pas aussi pénétrants que l'huile de morue. Parfois aussi j'ai très bien réussi avec des lotions sulfureuses, d'autres fois avec une solution d'acide phénique. Cependant, je dois dire que j'ai échoué également plusieurs fois avec ces agents, comme aussi avec la solution d'hydrogène sulfuré. Je crois donc jusqu'à présent, que l'emploi de l'huile de foie de morue, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, est encore le meilleur moyen à recommander.

La durée moyenne du traitement par l'huile de foie de morue est de six semaines, résultat pas mal encourageant si on le compare avec celui du traitement des frères Mahon à l'hôpital St-Louis.

Il est des cas, surtout chez les adultes, pour ainsi dire incurables; cependant, même sur ces sujets, aussi longtemps que les surfaces malades sont pénétrées d'huile et préservées du contact de l'air, l'éruption cesse de se montrer. Chez les enfants qui bénéficient toujours de l'emploi de

l'huile de foie de morue, surtout lorsque la constitution est manifestement scrofuleuse, le pronostic est plus favorable et la maladie se guérit parfaitement. (Obs. CXCIX, CC et CCI.) Toutes les fois que le favus est récent et n'occupe qu'une étendue assez limitée on peut généralement le détruire à l'aide d'une bonne cautérisation au nitrate d'argent. (Obs. CCII).

Lebert a écrit que les cataplasmes et les applications huileuses ramolissent les filaments du favus et contribuent à disséminer les sporules dans le voisinage des points malades. En conséquence, il veut qu'on enlève les croûtes sèches, soit à l'aide d'une spatule, soit à l'aide d'aiguilles ou de tout autre instrument. Rien n'est plus aisé, prétend-il, que de les enlever en entier, car bien qu'enfoncées dans le derme elles ne lui sont nullement adhérentes. Quoi qu'en dise M. Lebert, je suis convaincu que malgré toute la dextérité possible pour arracher les croûtes et quoiqu'elles n'aient point d'attaches avec le derme, elles n'en sont pas moins fortement adhérentes à la surface, au moyen des poils qui les traversent, et cette petite opération ne laisse pas d'être très douloureuse. En outre, ces croûtes se fragmentent avec la plus grande facilité, et le temps qu'il faudrait pour tout enlever suffirait pour rendre la méthode impraticable dans nos hôpitaux. D'ailleurs, lorsque la teigne forme d'épaisses et larges incrustations, il est impossible de les enlever ainsi. Je reste donc avec la conviction que les cataplasmes fournissent le moyen le plus simple et le plus efficace de débarasser la peau des produits éruptifs qui la recouvrent; ils ont de plus l'avantage de le faire sans provoquer d'irritation et par conséquent sans aggraver encore la tendance à la formation de pustules impétigineuses.

PITYRIASIS PARASITAIRE.

Obs. CCIII (1). — *Pityriasis parasitaire. — Incurable.*

Commémoratif. — Charlotte Clerk, jeune fille Hindoue, âgée de 18 ans, entrée à l'Infirmerie le 20 juin 1857, présente sur la tête une éruption dont l'origine remonte plus haut que ses souvenirs. Les cheveux sont coupés ras, mais çà et là il existe des taches où ils manquent complètement, surtout sur le haut de la tête. Celle-ci est toute recouverte d'écailles ou pellicules très peu adhérentes, semblables à de l'épiderme détaché. Vers la région occipitale, ces écailles sont comme enfouies dans une matière jaune friable, et au microscope, on y reconnaît les thalles et les sporules du favus. — 6 *juillet*. Afin de mieux déterminer la nature de l'affection, on fait nettoyer le tout à l'aide de cataplasmes, puis on fait raser les cheveux et on laisse revenir les croûtes. Au bout de huit jours, on observe deux godets de favus, traversés chacun par un cheveu et offrant leur couleur jaune claire caractéristique. Ces godets se développèrent rapidement et se perdirent dans les produits exsudatifs du voisinage, sans former pour cela une véritable croûte de favus, mais simplement une éruption squameuse générale, interrompue par quelques pustules d'impétigo. Quand on enlève les écailles on aperçoit au-dessous une masse jaune, friable, dans laquelle on reconnaît au microscope les thalles et les spores de l'acho-

(1) Recueillie par M. W. Guy, élève du service.

rion schoenleinii démesurement développées. Cette fille fut traitée par des applications huileuses régulières ainsi que par d'autres topiques, et séjourna à plusieurs reprises à l'hôpital ; cependant, lorsque je la revis au mois de décembre, son affection présentait encore les mêmes caractères.

Commentaire. — Cette éruption présentait à l'œil nu tous les caractères du pityriasis capitis. La seule particularité de nature à soulever une arrière-pensée, c'étaient les taches de calvitie. J'avais déjà rencontré deux cas semblables et je soupçonnai au premier coup d'œil la présence d'une affection parasitaire. Toute éruption chronique, surtout s'il y a alopécie, devrait être examinée au microscope, si l'on veut ne pas s'exposer à des erreurs de diagnostic. Les végétations fongiques étaient ici absolument les mêmes que dans le favus ; la seule modification qu'elles présentassent, consistait dans la dimension des thalles et des sporules. De même que chez le sujet de l'observation CXCVIII tous les moyens employés restèrent inefficaces.

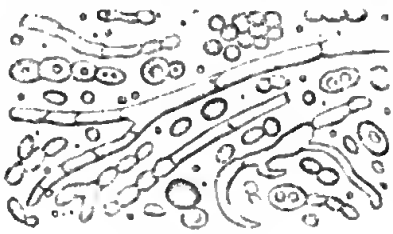


Fig. 535.

Obs. CCIV (1). — *Pityriasis versicolor dû au microsporon furfur de Eichstädt. — Guéri par la pommade au goudron.*

Commémoratif. — Margaret Nicol, 29 ans, célibataire, admise le 24 octobre 1864, s'est toujours bien portée. Cependant, il y a trois semaines, s'étant refroidie à l'époque de ses règles, elle fut tout à coup saisie d'une vive douleur ayant le caractère de tranchées profondément situées dans la région hypogastrique et accompagnées de selles sanguinolentes qui persistèrent quatre jours.

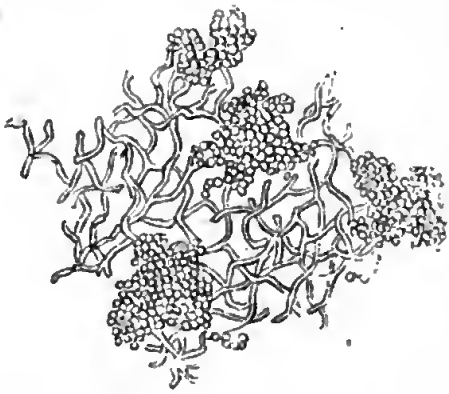


Fig. 536.

Symptômes a l'entrée. — La douleur continue et s'aggrave par la pression au-dessus du pubis. Douleurs en urinant. L'écoulement menstruel a cessé. L'utérus est notablement augmenté de volume et le col est sensible à la pression. La poitrine sur ses deux tiers inférieurs, ainsi que les deux tiers supérieurs de l'abdomen sont recouverts de taches de forme irrégulière, d'une coloration brune-jaunâtre, parsemées d'une multitude de petites écailles sèches. Ces écailles

(1) Recueillie par M. T. P. Wolston, élève du service.

Fig. 535. Thalles et Sporules d'un pityriasis chronique du cuir chevelu. 250 diam.
Fig. 536 Microsporon furfur du pityriasis versicolor (*Anderson*). 350 diam.

Digitized by Google

soumises au microscope, montrent une infinité de sporules et de thalles caractéristiques du *microsporon furfur*. Langue chargée; constipation; autres fonctions normales. On prescrit des applications continues de cataplasmes sur le ventre.

Marche de la maladie. — 10 *novembre*. Les douleurs utérines ont beaucoup diminué. On fait appliquer de l'onguent au goudron sur les endroits où siége le pityriasis. — 16 *novembre*. L'engorgement de l'utérus et les douleurs ont entièrement disparu. La coloration du pityriasis s'est considérablement affaiblie. — 1r *décembre*. Guérison complète; sortie.

Commentaire. — La conformation de ce parasite, découvert par Eichstädt, en 1846, diffère sensiblement de celle du favus. Ses sporules forment des amas globulaires et excèdent rarement 0mm,006 de diamètre, Elles sont entremêlées de courts filaments ou thalles formant des arborisations et tout juste assez larges pour les contenir. (Voir fig. 536.)

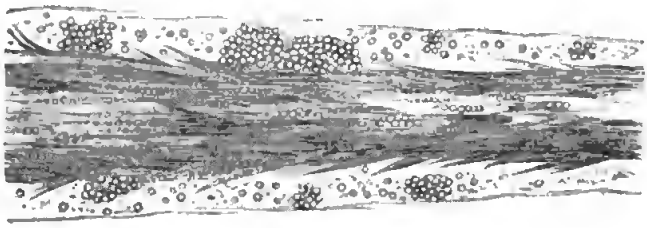


Fig. 537.

Le Dr T. M. Anderson, de Glasgow, a publié plusieurs observations qui démontrent la contagiosité de cette affection (1). La propreté et diverses pommades mercurielles, sulfureuses, etc., réussissent contre cette affection. Cette malade a guéri rapidement par du simple onguent au goudron.

Dans un autre cas, qui ressemblait à s'y méprendre à un eczéma chronique, j'ai observé des amas de sporules semblables sur les cheveux; un certain nombre même s'étaient infiltrées entre les fibres des bulbes, et les cheveux étaient devenus très-cassants.

(1) *Parasitic Affections of the Skin*, p. 94.

Fig. 537. Portion de la racine d'un cheveu extrait d'une croûte d'eczéma chronique du cuir chevelu. Les fibres montrent une grande tendance à se séparer. Une multitude de petits sporules globulaires se montrent accumulés entre la gaine et la substance du cheveu. 250 diam.

SECTION X.

MALADIES DU SANG.

Les maladies du sang ont à juste titre attiré l'attention des pathologistes modernes. Répudiant les vagues spéculations des anciens par rapport à ce liquide important, ils se sont efforcés d'élucider ce sujet à l'aide des révélations de la chimie, des recherches microscopiques et des observations de la clinique. Nous avons esquissé précédemment les résultats généraux auxquels la science est parvenue de nos jours (tome I, p. 178 à 180). Les altérations du sang donnent naissance à la plupart des troubles les plus importants qui affectent l'organisme, sans compter qu'elles s'associent plus ou moins à toutes les modifications morbides en rapport avec les désordres de la nutrition. Nous allons donc nous occuper des principales formes idiopathiques ou essentielles des maladies du sang.

LEUCOCYTHÉMIE.

Le 19 mars 1845, je faisais l'autopsie d'un homme mort dans le service du Dr Christison à la Royal Infirmary. Le sujet était atteint d'une hypertrophie de la rate et du foie, et son sang était partout couvert de corpuscules en tout semblables à ceux du pus. Ce cas est le premier en ce genre où il ait été fait un examen histologique sérieux du sang, et ce fut la première fois que le remarquable état morbide découvert alors fut nettement séparé de la pyohémie et signalé comme tout à fait indépendant d'une inflammation. Cette observation fut publiée dans l'Edinburgh Med. and Surg. Journal, 1er octobre 1845, vol. XIV, p. 415. Le Dr Craigie qui assistait à l'autopsie, reconnut l'analogie de ce cas avec un autre qu'il avait observé quatre ans auparavant ; le sang avait été examiné au

microscope par le Dr John Reid; lequel trouva « qu'il contenait des globules de matière purulente et de la lymphe. » Cette dernière observation fut publiée en même temps que la mienne dans le numéro du journal d'octobre 1845. Six semaines plus tard, le professeur Virchow, de Berlin, donnait l'observation d'un nouveau cas semblable, dans le second numéro de novembre 1845, des « Notizen » de Froriep (N° 780), et donnait à l'affection le nom de « Leukhémie » ou sang blanc. Le 31 décembre 1845, entrait à St. George's hospital, à Londres, un homme dans le sang duquel le Dr Fuller constata pendant la vie et à l'autopsie une augmentation très notable des globules incolores du sang. Cet homme, de même que les autres individus dont il vient d'être question, présentait une hypertrophie considérable de la rate. L'observation de ce dernier cas se trouve relatée dans la Lancet, juillet 1846. Depuis lors, un grand nombre de faits analogues ont été étudiés minutieusement avec l'aide du microscope; d'ailleurs, en compulsant les ouvrages de clinique on en trouverait assez bien du même genre. Parmi ces observations à ma connaissance, il en est seulement deux où l'on ait constaté dans le sang des globules incolores en assez grand nombre. Cependant, si l'on pèse bien les faits, il n'est guère douteux que ce même état de choses ait existé dans les autres cas analogues. Les deux cas en question ont été observés l'un par le Dr Barth en 1839, et l'autre par le Dr Craigie en 1841. Dans le sang du premier, M. Donné trouva que la moitié des globules du sang étaient des « globules muqueux » et dans le second, John Reid observa « des globules de matière purulente et de lymphe » (1).

Le terme « Leukhemie » ou sang blanc, appliqué par Virchow à cette maladie, est défectueux, parce qu'en premier lieu, comme l'a très-bien fait observer le Dr Parkes, le sang n'est pas blanc, mais présente au contraire sa coloration rouge ordinaire quand on le recueille en faisant une saignée du bras. Les caillots incolores parfois observés après la mort, ne sont pas une raison suffisante pour justifier l'application de ce terme au sang en général, car on en constate fréquemment en l'absence de l'état pathologique dont il est ici question. En second lieu, cette même expression de sang blanc a déjà été employée et avec beaucoup plus de justesse pour désigner le sang qui contient des globules de graisse, par le Dr Traill, par Christison et par d'autres. Lors de la discussion qui eut lieu à ce sujet à l'Académie de Médecine de Paris, le 29 janvier 1856, on n'embrouilla pas mal les choses, faute d'avoir fait ces distinctions. Ce qu'il faut exprimer, c'est l'abondance ou l'excès de globules incolores dans le sang, et le terme Leucocythémie (de λευκὸς, blanc; κύτος, cellule et αἷμα, sang) exprime parfaitement la chose ou l'état pathologique, sans impliquer aucune théorie. Cette dénomination est d'ailleurs généralement adoptée en Angleterre et en France.

(1) Gazette hebdomadaire, 21 mars 1856, et Edinb. Med. and Surg. Journal, octobre 1845.

Obs. CCV (1) *Leucocythémie reconnue après la mort. — Hypertrophie de la rate, du foie et des glandes lymphatiques. — Pas de trace de phlébite ni de suppuration dans aucun organe.*

Commemoratif. — John Montcith, 28 ans, ardoisier, est entré à la clinique de l'Infirmerie Royale, le 27 février 1845, dans le service du Dr Christison. C'est un homme brun, habituellement sobre et jusque là bien portant. Il raconte que depuis vingt mois il s'est trouvé d'une nonchalance extraordinaire au travail. Au mois de juin dernier, il remarqua, dans le coté gauche de son ventre, une tuméfaction qui alla en augmentant mais s'est arrêtée depuis quatre mois. Jamais encore il n'y avait éprouvé de douleur avant la semaine dernière, postérieurement à l'application de trois vésicatoires. A la suite de cette tumeur, il s'en montra plusieurs autres, dans le cou, dans les aisselles et dans les aines; l'apparition de ces dernières s'accompagna de douleurs aiguës; cependant il ne souffre plus actuellement. Avant d'observer sa première tumeur, il avait eu à maintes reprises des vomissements le matin. La constipation est habituelle, l'appétit bon, les digestions régulières; il n'a plus vomi depuis l'apparition de la première tumeur. Il a pris beaucoup de purgatifs, notamment de l'huile de croton; localement, on lui a fait faire des frictions avec un liniment et appliquer des vésicatoires.

Symptômes a l'entrée. — On constate du côté gauche une vaste tuméfaction allant des fausses côtes jusqu'à l'aine, et depuis l'épine dorsale jusqu'à l'ombilic. La pression n'y éveille de sensation douloureuse qu'à la partie supérieure. La percussion donne partout un son mat. Pouls à 90; léger œdème aux jambes. Le sujet dit que ses forces sont restées au même point depuis trois mois. *Pilules à l'iodure de fer matin et soir.*

Marche de la maladie. — 1r *mars.* L'urine d'hier était un peu trouble au moment de l'émission, sa couleur est naturelle, sa réaction acide et sa densité de 1013. Il s'est fait un sédiment dans lequel on distingue au microscope des cristaux cubiques. Ce sédiment disparaît à peu près entièrement par l'addition d'eau de potasse; l'acide nitrique ne l'attaque pas. L'urine filtrée ne donne aucune réaction avec la potasse et montre tout au plus un léger nuage quand on la traite par la chaleur. — 9 *mars.* — Augmentation de l'œdème aux jambes, que l'on a même cru devoir soutenir à l'aide de bandes de flanelle. Prescr. : *Carbonate de potasse* 4 *grammes. Esprit d'éther nitrique,* 11 *grammes. Eau de menthe,* 90 *grammes. Eau de fontaine,* 60 *grammes. M. En prendre* 30 *grammes, trois fois par jour.* — 10 *mars* Coliques et forte diarrhée; urines sans changement. *Donner tout de suite* 15 *grammes d'huile de ricin, puis, toutes les quatre heures,* 0,12 *centigrammes d'opium.* — 13 *mars.* Ce matin, forte chaleur à la peau; soif; pouls à 100, plein, très compressible. La diarrhée qui s'était arrêtée à reparu hier, mais on s'en est de nouveau rendu maître en recourant à l'opium. Trois litres d'urine. Cesser tous les médicaments. *Prendre immédiatement* 0,65 *centigrammes de poudre d'ipéca et opium et prendre ainsi trois doses de demi-heure en demi-heure.* — 14 *mars.* Pas de transpiration après les poudres; diarrhée assez forte; pouls à 100, plus mou; langue sèche et brune; aspect fébrile semblable à celui des typhoïdes. Presc.: *Eau d'acétate d'ammoniaque,* 21 *grammes; solution de morphine,* 3 *grammes* 50. *Eau de fon-*

(1) Le malade appartenait au service du Dr Christison, mais en ma qualité de pathologiste de l'infirmerie, à cette époque, je fus chargé de l'autopsie, qui fut faite avec beaucoup de soin. Le cas offrant des particularités toutes nouvelles pour moi, je pris la peine de mettre de côté certaines pièces afin de pouvoir les étudier à loisir. L'observation, par des motifs que le lecteur trouvera plus loin, est ici rapportée absolument comme elle a été publiée dans l'Edimb. Journ. du 1er octobre 1845.

taine, 90 grammes Sirop, 30 grammes M. En prendre 30 grammes toutes les quatre heures. Eau d'orge à boire. — 15 *mars.* Mort subitement ce matin.

Autopsie. — 19 *mars.* On remarque une saillie considérable sous le cartilage xyphoïde et les fausses côtes des deux côtés. L'abdomen est rétracté; matité très prononcée au côté gauche, suivant une ligne marquée au nitrate d'argent, ces jours derniers. Pas d'ascite ni d'infiltration aux membres.

Fig 539.

Fig. 538.

Sang. Ce liquide présente dans tout le corps des changements remarquables. Dans les cavités droites du cœur, dans l'artère pulmonaire, les veines caves, la veine azygos, les iliaques internes et externes, et dans beaucoup d'autres veines qui se rendent à celles-là, le sang est fortement coagulé, au point de former des moules parfaits que l'on peut retirer intacts de ces vaisseaux. Dans les cavités cardiaques et les veines caves, le sang s'est séparé en deux couches : une inférieure rouge, l'autre ou supérieure jaune. L'inférieure est d'un rouge de brique et ne présente nullement cet aspect uni, luisant, violet foncé ordinaire aux caillots normaux, mais elle est mate, légèrement granuleuse à la coupe, et quand on la comprime elle se divise avec la plus grande facilité en une pulpe grumeuse. La portion inférieure est d'un jaune grisâtre, terne et opaque, ne rappelant en rien cet aspect gélatineux des caillots ordinaires décolorés. Une fois hors des vaisseaux, elle se répand en une matière semblable à du pus épais. En quelques endroits le caillot veineux est resté complétement rouge. Partout ailleurs il est divisé en deux couches, l'une rouge l'autre jaune. Sur quelques points, cette dernière forme simplement une pellicule ou même une strie à la surface du caillot rouge; parfois même ce sont des taches de différentes grandeurs. Cet état de choses existait-il dans toutes les veines? il aurait fallu pour s'en assurer les ouvrir toutes. Il fut constaté néanmoins que les veines fémorales, depuis leur passage sous le ligament de Poupart jusqu'au point où elles croisent le muscle couturier, étaient libres et parfaitement saines. Quant aux veines iliaques et à celles du bassin elles étaient remplies et distendues. L'azygos, les deux axillaires et les jugulaires étaient également remplies ainsi que les sinus longitudinal, latéraux, ceux de la base du crâne et les veines se ramifiant à la surface du cerveau. Plusieurs de ces dernières apparaissaient comme remplies de pus, d'autres au contraire renfermaient un caillot foncé (voir fig. 540). L'aorte et les artères externes renfermaient quelques petits caillots semblables à ceux trouvés

---

Fig. 538. Portion de caillot de la veine cave, montrant la division en une portion rouge et une portion blanche. *Moitié de grandeur.*

Fig 539. Surface postérieure de l'aorte et de la veine cave. Une incision longitudinale a été faite dans cette dernière pour s'assurer qu'elle n'est le siége d'aucun épaississement ni d'aucune lésion. On y voit des caillots incolores même dans les portions les plus déclives du caillot. *Moitié de grandeur.*

dans les veines. Ces vaisseaux, toutefois, étaient comparativement vides. L'artère basilaire, à la base du cerveau, était distendue par un caillot jaune.

Vaisseaux. Les artères et les veines sont examinées avec soin et trouvées parfaitement saines dans leur texture. Nulle part on n'y constate d'épaississement ni d'augmentation de vascularité. Aucun des caillots qu'elles contiennent n'est adhérent; au contraire ces caillots s'en échappent avec la plus grande facilité, quand par hasard ces vaisseaux sont entamés.

Tête. Après avoir enlevé la dure-mère, on aperçoit les veines se déversant dans le sinus longitudinal, considérablement engorgées surtout à la partie postérieure. Les unes contiennent des caillots rouges, d'autres des caillots jaunes semblables en tout à ceux décrits plus haut. Un certain nombre de ces veines sont remplies en partie par des caillots rouges en partie par des jaunes, et le passage des uns aux autres est nettement tranché. Les deux hémisphères avec le sinus longitudinal et la faulx conservée en place sont soigneusement enlevés, en pratiquant une coupe à travers le cerveau, aussi bas que la division du crâne le permet. On observe que la substance cérébrale est partout très molle, circonstance qui s'explique par le temps qui s'est écoulé depuis la mort. La portion enlevée a été mise de côté pour être durcie et conservée dans l'esprit-de-vin. Les ventricules latéraux sont sains, ne contiennent pas de sérosité, et les plexus choroïdes sont parfaitement normaux. A la base du cerveau, l'artère basilaire apparaît distendue par un caillot jaune, ainsi qu'un petit nombre d'autres artères, toutefois dans une très petite étendue. La substance du cerveau n'offre aucune altération pathologique. Tous les sinus de la base du crâne sont gorgés de sang rouge coagulé.

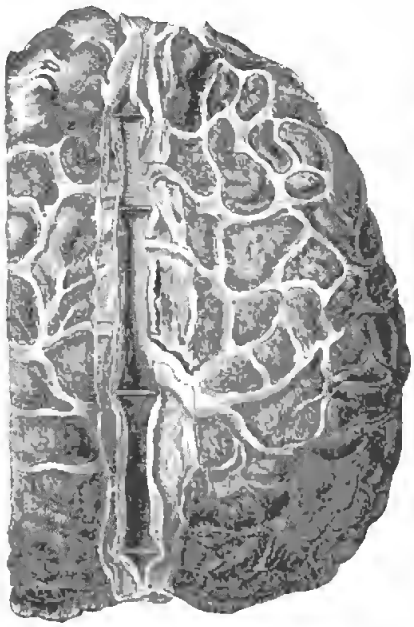


Fig. 540.

Poitrine. Quelques adhérences chroniques unissent les feuillets pleuraux des deux côtés du thorax, mais elles se laissent déchirer avec facilité. Les deux poumons sont légèrement engorgés dans leurs parties postérieures et déclives. Le bord antérieur du poumon gauche est un peu emphysémateux. En incisant le parenchyme de ces organes, on constate que des caillots jaunes occupent toutes les ramifications de l'artère pulmonaire. En quelques endroits le coagulum offre une consistance telle qu'il se laisse enlever en masse en conservant les arborisations vasculaires. Ailleurs il est plus mou et suinte comme du pus épais à travers la surface de coupe. Le cœur un peu hypertrophié pèse 350 grammes, débarrassé des caillots; sa texture de même que ses valvules sont normales. L'oreillette gauche est distendue par un gros coagulum solide dont le tiers supérieur est jaune, le reste rouge, comme dans les caillots déjà signalés. Le ventricule droit et l'artère pulmonaire

Fig. 540. Aspect de la surface supérieure des hémisphères après avoir enlevé la dure-mère ; on est frappé de la blancheur des caillots contenus dans les veines et dans le sinus longitudinal. *Demi-grandeur.*

sont distendus de même, et le caillot est moulé étroitement sur les colonnes charnues mais n'est nulle part adhérent. Les artères coronaires et les veines sont normales.

Abdomen. A la surface inférieure du diaphragme, il existe un dépôt d'une fermeté presque cartilagineuse, ayant environ deux millimètres d'épaisseur, de couleur blanche, de forme ovale, mesurant cinq centimètres de long sur la moitié en travers. Les bords de cette plaque sont irréguliers et composés d'une sorte de tubercules arrondis, gros comme de petits pois et de structure fibreuse. Le foie est énormément augmenté de volume par suite d'hypertrophie simple, sans aucune altération de structure. La vésicule du fiel est agrandie et distendue par de la bile claire, d'un jaune pâle. L'organe entier pèse 4900 grammes. La rate a subi également une hypertrophie simple mais énorme. Elle affecte la forme d'un fuseau, très large au centre, et diminuant d'épaisseur aux extrémités ; elle pèse 2330 grammes. La longueur est de trente-cinq, sa largeur de dix-sept centimètres et demi et son épaisseur de onze forts centimètres. Sa surface antérieure présente un exsudat jaune, ferme, ayant environ deux centimètres et demi d'épaisseur et sept et demi de long. Le péritoine qui recouvre la rate à sa face antérieure est épaissi, opaque et densifié dans une étendue de la grandeur de la main. Les deux reins sont intacts. L'estomac et les intestins ne sont le siége d'aucune altération. A environ dix centimètres au-dessus de l'anus, les veines hémorrhoïdales supérieures sont distendues de chaque côté du rectum. Elles formaient deux chaînes de tumeurs de sept à huit centimètres de long, présentant d'un côté trois renflements gros comme des noix et de l'autre un renflement plus volumineux encore. Ces veines sont remplies d'un coagulum rouge qui se laisse diviser en masses grumeuses. Les glandes lymphatiques sont partout très hypertrophiées. Elle forment à l'aine une large grappe, et quelques unes atteignent la dimension d'un petit œuf de poule, plusieurs autres celle d'une noix. Les glandes axillaires présentent une altération analogue. Les glandes bronchiques ne sont pas seulement hypertrophiées, mais elles offrent une coloration violette foncée, même noire en quelques endroits, par suite de dépôts pigmentaires. Les glandes mésentériques sont toutes plus ou moins blanchâtres, et plusieurs sont aussi volumineuses que des amandes. Une sorte de grappe formée par ces glandes entourait le canal cholédoque et le comprimait. Les glandes lombaires, également hypertrophiées, ont une teinte jaune verdâtre et forment une chaîne de chaque côté et en avant de l'aorte abdominale, plus particulièrement en son point de bifurcation pour former les iliaques.

Tous les tissus examinés successivement et avec soin n'offrent nulle part de trace de suppuration.

Examen microscopique. Les caillots jaunes contenus dans les vaisseaux se composent de fibrine coagulée sous forme de filaments, entremêlée d'une multitude de globules incolores qui s'en dégagent avec facilité, quand on comprime les préparations entre les verres. Là où les caillots sont plus mous, les globules sont plus nombreux et la fibrine se trouve désagrégée en masses diffluentes en partie moléculaires ou granulaires et en partie formées de débris de filaments de différentes longueurs. La dimension des globules varie $\frac{1}{80}$ à $\frac{1}{120}$ de millimètre de diamètre; ils sont sphériques, leur paroi cellulaire est granuleuse et ils rappellent absolument l'aspect de globules de pus (Fig. 541). L'eau les gonfle et leur fait perdre leur aspect granuleux ; l'acide acétique dissout la paroi cellulaire et fait apparaître distinctement un noyau. Celui-ci se compose parfois d'un seul gros granule d'environ $\frac{1}{200}$ de millimètre de diamètre, d'autres fois de deux ou trois plus petits granules, semblables à ceux des globules de pus louable (Fig. 543). La partie rouge du coagulum contient un plus petit nombre de globules semblables mêlés aux globules jaunes ordinaires (Fig. 542). Les corpuscules incolores décrits ici s'observent dans toutes la masse du sang, notamment dans les veines et dans

les artères se ramifiant à la surface du cerveau, dans les veines coronaires, dans les tumeurs hémorrhoïdaires, en un mot, dans tous les vaisseaux soumis à l'inspection. Après avoir enlevé une portion de la pie-mère, on constate que tous les capillaires, au moins ceux qui peuvent leur livrer passage, sont comblés par ces mêmes corpuscules (Fig. 545). Cette dernière particularité a été confirmée d'ailleurs par le Dr Allen Thomson, à qui j'envoyai une portion du cerveau pour soumettre à son examen cette altération pathologique aussi curieuse que nouvelle.

Fig. 541.

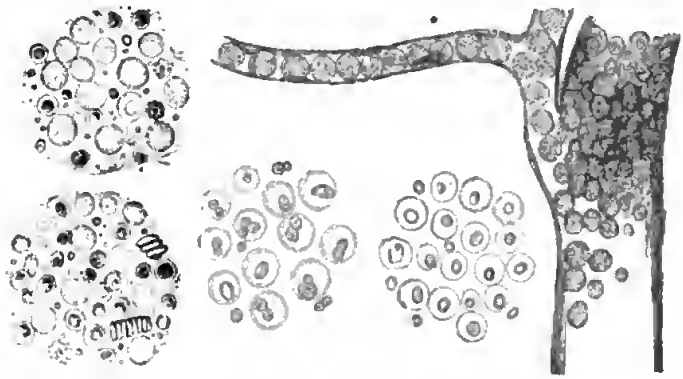


Fig. 542. Fig. 543. Fig 544. Fig. 545.

Le dépôt cartilagineux à la face inférieure du diaphragme se compose d'un tissu fibreux, dense, dans lequel s'observent une multitude de granules et de molécules. L'exsudat signalé dans la rate est constitué par de la fibrine amorphe entremêlée d'une foule de molécules et de cellules granulaires et imparfaites. Les glandes lombaires hypertrophiées laissent suinter sous la pression un suc chargé d'une multitude de corpuscules, les uns semblables aux corpuscules incolores trouvés dans le sang, les autres ovales et ronds, contenant un noyau bien distinct (Fig. 544).

Le tissu musculaire, le cerveau et les nerfs furent à leur tour examinés soigneusement mais ne présentaient aucune altération.

Commentaire. — J'ai reproduit cette observation exactement comme elle a été publiée par moi dans le numéro d'*octobre* de l'*Edinburgh Médical and Surgical Journal*, 1845, afin de montrer qu'elle contient une description consciencieuse et détaillée des faits que j'avais découverts à l'autopsie du 19 mars. Les fig. 538 à 540 représentent des préparations que je con-

Fig. 541. Globules incolores parmi lesquels se voient quelques globules colorés, provenant des caillots jaunes trouvés dans le sang du sujet de l'observation CCV.

Fig. 542. Les mêmes corpuscules entremêlés d'un plus grand nombre de globules jaunes du sang, pris dans un caillot rouge.

Fig. 543. Changements produits sur les corpuscules incolores par l'addition d'acide acétique; les globules jaunes sont dissous.

Fig. 544. Cellules contenues dans le liquide extrait des glandes lymphatiques, après addition d'acide acétique

Fig. 545. Vaisseaux sanguins avec un capillaire de la pie-mère; ce dernier est rempli de globules incolores; le vaisseau principal contient des globules colorés mêlés avec les incolores. 250 *diam.*

serve encore, et on peut voir au Museum de l'Université un moule de la rate. Je possède en outre un grand nombre de dessins faits lors de mes exploration microscopiques; les fig. 541 à 545 sont la reproduction de quelques uns d'entre eux.

Dans les remarques dont j'ai fait suivre l'article original, je disais : — Les points relatifs à ce cas qui demandent à être soumis à la discussion, sont : 1° la relation entre les symptômes et l'aspect morbide; 2° les corpuscules contenus dans le sang étaient-ils bien les mêmes que ceux du pus? 3° enfin, dans l'affirmative comment ces globules s'étaient-ils formés? La discussion de ces points théoriques n'a rien à voir, me parait-il, dans l'exactitude ou l'inexactitude des faits signalés dans l'observation; au reste, il y sont soigneusement séparés de tout ce qui peut avoir un caractère hypothétique. Cependant, quant au premier point, voici ce que je faisais observer : — « Il est important de noter qu'il n'y avait nulle part de phlébite, d'abcès ou de foyer de suppuration à quoi on pourrait rapporter l'altération particulière signalée dans les vaisseaux. Dans tous les cas de phlébite, les vaisseaux eux-mêmes présentent des modifications, et les caillots sont plus ou moins adhérents aux parois vasculaires. Rien de pareil n'a été constaté ici, bien qu'une attention spéciale ait été dirigée de ce côté. Jusqu'à quel point l'hypertrophie du foie et de la rate est-elle liée à la coagulation du sang et à la formation de globules de pus? c'est ce qu'il est difficile de préciser. L'hypertrophie de ces organes exercerait-elle une influence particulière sur le sang, ou bien les modifications de ce liquide seraient-elles dues à quelque affection chronique générale, comme Bouchut l'a signalé récemment? C'est ce que de nouvelles observations pourront seules déterminer. »

Quant aux second point, j'ajoutais : — « Les seuls corps avec lesquels on puisse les identifier sont les corpuscules incolores du sang lui-même, les corpuscules décrits par Gulliver comme existant dans la fibrine ramollie et ceux trouvés dans la lymphe. Pour ce qui est des corpuscules incolores du sang, nous ne connaissons pas d'exemple où ils se soient présentés en aussi grand nombre, ni même sous la forme signalée ici. » Considérant alors la structure de la fibrine ramollie, j'en arrivais à la conclusion que les caractères physiques des corpuscules trouvés chez Menteith laissaient peu de doute sur leur identité avec ceux du pus.

Arrivant à la troisième question, j'exprimais l'opinion que les corpuscules devaient s'être formés dans le sang lui-même, de la même manière que dans diverses formes de cachexie et d'affections chroniques, ainsi que Bouchut l'avait démontré. Toutefois, je distinguais expressément ce cas de ce que l'on entendait alors sous le nom de pyohémie ou de résorption purulente; j'ajoutais, en effet : — « Le pus a été considéré pendant longtemps comme un résultat, sinon comme la preuve la plus caractéristique d'un état antérieur d'inflammation aiguë. Mais chez notre malade quelle partie était le siége d'une inflammation récente? Aucune. Piorry et d'autres pathologistes ont parlé d'une inflammation du sang, d'une héma-

tite véritable; or, certainement si nous pouvions croire à une semblable lésion, nous regarderions ce cas comme en fournissant un exemple. Cependant, pas n'est besoin d'une longue dissertation pour montrer que semblable idée est absolument contraire à tout ce que nous connaissons des phénomènes de l'inflammation. Sans vouloir discuter ce point, je crois qu'il est suffisamment établi que ce processus ne se comprend pas sans l'épanchement d'un exsudat hors des vaisseaux et que, par conséquent, l'expression d'inflammation du sang et une erreur de termes. Un instant de réflexion suffit pour montrer à l'évidence que toutes nos idées et tous les faits concernant l'inflammation impliquent un changement local quelconque dans l'économie. Les troubles constitutionnels en rapport avec elle sont invariablement attribués à une phlegmasie ou fièvre, que les pathologistes ont toujours, jusqu'ici, séparée de l'inflammation. A moins donc de prouver que l'inflammation et la fièvre sont des processus identiques, nous sommes forcés de conclure que *l'altération du sang dans ce cas est indépendante de toute inflammation proprement dite.* »

Ces réflexions faites à la suite de l'observation sont assez significatives, et lorsque le professeur Virchow, six semaines après l'apparition de mon article publie un cas semblable, en disant que les globules en question sont des globules incolores du sang, il ne fait qu'émettre une opinion ou une interprétation différente de la mienne concernant les faits. Mais, je le demande, a-t-il pour cela le droit de s'attribuer la découverte de cet état morbide, ou de prétendre, en dépit de la distinction expresse que j'avais établie entre cette altération et toutes les altérations connues du sang, que selon moi, c'était là un cas ordinaire de pyohémie ? Le seul mérite ou plutôt la chance que je lui reconnaisse ici, c'est d'être tombé sur deux nouveaux cas, avant que j'aie pu continuer mes études sur le suivant.

Obs. CCVI (1). — *Leucocythémie diagnostiquée durant la vie. — Hypertrophie de la rate. — Ascite.*

Commémoratif. — Barney Tinlay, 17 ans, domestique de ferme, fut admis dans la salle clinique à l'Infirmerie Royale, le 25 janvier 1850. A l'exception de la fièvre scarlatine dont il fut atteint, il y a environ trois ans, ce garçon avait toujours joui d'une santé excellente. L'année dernière à peu près à cette époque, il remarqua dans son ventre une tumeur occasionnant une certaine gêne. Cette tumeur a augmenté insensiblement de volume; en outre, depuis quelque temps, il lui serait impossible de hâter le pas sans être pris de dyspnée. Depuis deux ou trois ans il sert comme domestique de ferme, et l'été dernier il a résidé durant trois mois dans le district marécageux de Lincolnshire, mais il n'a jamais eu la fièvre intermittente.

Symptômes a l'entrée. — Faciès blême, conjonctives remarquablement pâles, aspect cachectique très prononcé. Tout le côté gauche de l'abdomen est occupé par une tumeur dure, partant de dessous les fausses côtes à cinq centimètres à la gauche du cartilage ensiforme; elle s'élargit alors en descendant à quatre bons centimètres du côté droit de l'ombilic, puis s'incurve à quatre ou cinq centimètres au-dessus du pubis

(1) Recueillie par M. Hugh M. Balfour, élève du service.

pour se perdre en arrière en s'étendant sur le côté jusqu'à trois centimètres des apophyses épineuses des vertèbres lombaires. Son bord antérieur présente donc une courbure assez régulière mais avec une échancrure distincte dans son tiers supérieur, et il a environ quatre centimètres d'épaisseur, comme on peut l'apprécier en enfonçant les doigts derrière lui à travers un pli du tégument abdominal. La tumeur donne partout une matité complète à la percussion et, sur plusieurs points, est douloureuse à la pression. Elle mesure vingt-cinq centimètres de haut en bas et à peu près trente-quatre en travers. Le reste de l'abdomen est d'une sonorité ordinaire à la percussion; on n'y sent aucune fluctuation. Le foie a conservé son volume normal. Langue nette; appétit bon; huit à dix selles diarrhéiques chaque jour, depuis trois ou quatre semaines; pouls à 80, faible. Le malade éprouve des vertiges en se levant; il a les bruits du cœur normaux; à plusieurs reprises il a eu des saignements de nez et par les gencives. Les fonctions respiratoires et urinaires s'exécutent normalement. La fig. 546 représente l'aspect du sang examiné au microscope sous un grossissement de 250. Les corpuscules colorés se sont la plupart formés en rouleaux et les espaces laissés par ceux-ci sont occupés par les corpuscules incolores. L'acide acétique dissout les corpuscules colorés et rend très transparentes les parois des incolores, dans lesquels il fait apparaître un noyau simple, rond ou ovale, mais le plus souvent formé de deux, trois ou même quatre granules accolés, offrant tous une dépression à leur centre. Çà et là un noyau a la forme d'un croissant ou d'un fer à cheval (Fig. 547).

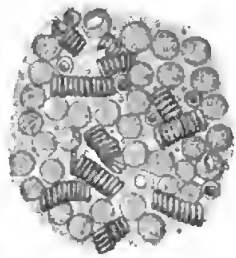


Fig. 546

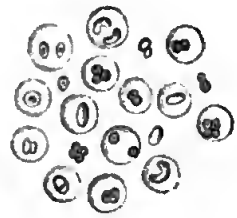


Fig. 547.

Marche de la maladie. — 27 *janvier*. On a appliqué huit sangsues à l'épigastre et donné des pilules de plomb et opium, à prendre une trois fois par jour. La diarrhée a notablement diminué ainsi que la douleur. Prescr. : *Citrate de fer, 4 grammes. Teinture de cardamome composée, 30 grammes. Infusion de colombo, 200 grammes. M. En prendre 30 grammes trois fois par jour.* — Prescr. : *Sulfate de quinine 0,20 centigrammes. Extrait de cachou en poudre, 0,25 centigrammes. Essence de carvi, 0,05 centigrammes. Pour 2 pilules. En délivrer 12 semblables; en prendre une matin et soir.* — 30 *janvier*. Il reste encore un peu de diarrhée. Prescr. : *Poudre de sulfate de quinine, 0,60 centigrammes. Saccharolé de carbonate de fer, 1 gramme 30 centigrammes. Pour faire six pilules. En prendre une trois fois par jour. Abandonner les autres médicaments.* Hier, il a été fait au bras une saignée de 90 grammes, et le Dr Robertson a bien voulu analyser le sang. Voici les résultats obtenus :

Densité spécifique du sang	1041.5
Densité spécifique du serum	1026.5
Composition de 1000 parties.	
Fibrine	6
Solides dissous dans le serum	72
Globules	67.5
Total des solides	145.5
Eau	854.5

Fig. 546. Aspect d'une goutte de sang chez ce malade.
Fig. 547. La même préparation, après addition d'acide acétique. 250 *diam.*

Cette analyse a été faite d'après une méthode analogue à celle recommandée par M. Dumas et employée par Andral et Gavarret; mais nous croyons que la quantité de fibrine est ici dosée plus exactement que par le procédé de ces chimistes. La densité spécifique du sang et du serum a été prise avec beaucoup de soin, et les erreurs de manipulation ne sauraient excéder 5 par 1000. Le sang, après vingt-quatre heures de repos, avait formé un caillot ferme et volumineux. Examiné au microscope, il avait l'aspect représenté par la fig. 546, seulement les rouleaux de globules colorés n'étaient pas tout à-fait aussi gros. Après addition d'acide acétique, on reconnaissait encore les globules, mais leur coloration jaune était peu marquée, comme si la matière colorante s'était dissoute dans le serum. Quelques uns des noyaux en forme de croissant étaient devenus presque droits (Fig. 548), — 2 *février*. L'urine est chargée d'urates et la diarrhée a reparu. *Prendre une pilule de plomb et opium trois fois par jour, et quinze gouttes de sirop d'iodure de fer également trois fois par jour. Badigeonner les points douloureux avec de la teinture d'iode. Abandonner les prescriptions précédentes.* — 24 *mars*. Durant les dernières semaines, les hémorrhagies nasales et par les gencives ont reparu de temps en temps; l'ascite n'a pas diminué. — 8 *avril*. La diarrhée est de nouveau très forte; selles très liquides. Le malade tousse; on constate de la rudesse dans le murmure respiratoire, et une expiration prolongée au sommet des deux poumons, mais sans matité à la percussion. *Reprendre les pilules de plomb et opium.* — 18 *avril*. Diarrhée et douleur abdominale presque disparues; sueurs profuses la nuit. Prescr.: *Sulfate de quinine*, 0,80 *centigrammes. Acide sulfurique dilué*, 3 *grammes* 50 *centigrammes. Sirop d'écorces d'oranges*, 30 *grammes. Eau simple*, 150 *grammes. M. En prendre* 15 *grammes trois fois par jour. Continuer les pilules de plomb et d'opium.* — 23 *avril*. La diarrhée disparue depuis huit jours est revenue avec de vives douleurs abdominales. *Cesser la mixture de quinine. Appliquer un emplâtre d'opium de dix centimètres carrés sur le ventre. Prendre* 2 *pilules de plomb et opium trois fois par jour. Donner un lavement amylacé additionné de solution de morphine. Suppositoire opiacé à l'heure du coucher.* — 5 *mai*. Le malade s'est plaint récemment de beaucoup de nausées et de vomissements; on lui prescrit en conséquence une potion avec du naphthe, à prendre le soir. On lui a fait prendre également des pilules de scille et digitale trois fois par jour et faire des fomentations avec une infusion de digitale sur la tumeur. Le pourtour du ventre mesure à présent 0m84. — Pr. *Esprit d'éther nitrique*, 45 *grammes. Eau de potasse et solution de morphine, de chaque* 7 *grammes. M. En prendre une cuillerée à café dans de l'eau, trois fois par jour.* — 7 *mai*. Le liquide continue à s'accumuler dans la cavité abdominale et la douleur persiste. L'urine a une réaction acide et contient beaucoup d'urate d'ammoniaque et un petit nombre de cristaux rhomboïdaux incolores d'acide urique. — Pr. *Poudre de scille*, 4 *grammes. Poudre de digitale* 0,65 *centigrammes. Extrait de jusquiame*, 2 *grammes. Conserve de roses q. s. pour faire vingt pilules. En prendre une trois fois par jour.* — 13 *mai*. Depuis la date précédente, la diarrhée a repris une nouvelle intensité: il y a eu jusqu'à vingt selles en une nuit, selles très liquides mais féculentes. On doit cesser les applications de spongio-piline imbibée de digitale, par suite de la pression et du malaise

Fig. 548

Fig. 548. Aspect du sang après un repos de vingt-quatre heures. 250 *diam.*

qu'elles produisent. Le malade a pris ses pilules de plomb et opium quatre fois par jour et a eu tous les soirs un lavement avec de l'amidon additionné de solution de morphine, mais ces moyens restent impuissants. Prescr. : *Cesser les pilules de plomb.* Pr. *Tannin, 1 gramme. Poudre d'opium, 0,40 centigrammes. Conserve de roses q. s. pour 6 pilules. En prendre une toutes les six heures.* Pr. : *Acide nitrique dilué et sirop, de chaque 3 grammes 50 centigrammes. Eau, 30 grammes. M. En prendre une cuillerée à café dans de l'eau, trois fois par jour.* — *1 juin.* La diarrhée a diminué mais sans cesser complétement. La fluctuation abdominale est moins nette. Il est survenu encore quelques épistaxis. Toujours des transpirations nocturnes. Le pourtour abdominal mesure 80 centimètres. *Cesser la potion avec la quinine.* — *12 juin.* L'état du malade avait continué à s'amender; la tumeur et l'ascite diminuaient; la diarrhée et les autres symptômes perdaient chaque jour de leur intensité; la peau du ventre est flasque et sillonnée de vergetures semblables à celles observées chez les femmes après l'accouchement; cependant la diarrhée a reparu aujourdhui avec une certaine intensité ainsi que la douleur abdominale. *Reprendre les pilules de tannin.* — *26 juin.* La diarrhée s'apaise de nouveau. Toux fréquente suivie d'un peu d'expectoration; respiration rude et augmentation de la résonnance vocale sous les clavicules. Le malade prend 8 grammes d'huile de foie de morue trois fois par jour; il reprend des forces, reste assis la plus grande partie de la journée et va même se promener un peu sur la pelouse; enfin l'amendement progresse au point qu'il voudrait retourner chez ses parents, à Hull. — *7 août.* Depuis six semaines, la diarrhée s'est montrée encore avec une certaine intensité à plusieurs reprises. En somme, pourtant, la santé s'est raffermie, l'appétit et les forces ont repris et l'ascite est à peu près complétement dissipée. La toux et l'expectoration ont cessé. La tumeur abdominale mesure en travers trente-quatre centimètres, et trente-neuf dans sa plus grande longueur. La distance des fausses côtes au bord inférieur est de vingt cinq centimètres. L'abdomen au point où il est le plus développé, un peu au dessus de l'ombilic, mesure quatre vingt-cinq centimètres. Le malade très désireux depuis longtemps de retourner chez lui est congédié aujourd'hui. Le Dr Sandwith, de Hull, a bien voulu se charger de lui continuer des soins et de nous renseigner sur son état. Le retour des mêmes symptômes le fit bientôt entrer à l'Infirmerie de Hull où il séjourna quelque temps. Il retourna ensuite dans la cabane de ses parents, puis entra à la Union Workhouse où il mourut le 22 juillet 1851. La tuméfaction abdominale resta au même point mais l'ascite ne se reproduisit plus; la diarrhée eut des retours opiniâtres, l'amaigrissement fit des progrès à l'extrême et le malade succomba à l'épuisement.

Autopsie. — Douze heures après la mort.

L'examen cadavérique a été fait par M. West, chirurgien de l'Union Work-house, et les détails suivants m'ont été communiqués par le Dr Sandwith :

Amaigrissement extrême.

Thorax. Le cœur est très petit, parsemé de quelques plaques laiteuses à sa surface. Ses cavités contiennent une sorte de lymphe blanchâtre, imparfaitement formée. Les poumons avaient l'air si naturels que nous n'avons pas jugé nécessaires de les inciser. Aucune trace d'épanchement dans les plèvres ni dans le péritoine; un peu de sérosité en excès dans le péricarde.

Abdomen. Rien d'anormal dans la texture du foie, excepté que les gros vaisseaux hépatiques étaient remplis de petites taches de sang noir coagulé et disséminées au milieu de gros flocons d'une matière blanche sale, semblable à de la lymphe imparfaitement formée. La vésicule du fiel renfermait un liquide glaireux, couleur d'ambre, ne ressemblant guère à de la bile. Le foie pesait 1720 grammes. En faisant une coupe dans cet organe, on voyait suinter par les petits orifices vasculaires un

liquide aqueux très clair. La rate pesait 1780 grammes. Sa surface était d'une couleur bleu de ciel, marbrée de nombreuses taches semblables à des cicatrices et la plupart très petites, sauf deux beaucoup plus grandes près du sommet. Cet organe adhérait çà et là par des brides au péritoine de la paroi abdominale et des intestins situés au voisinage. A sa face inférieure, on remarquait un petit lobule globulaire enveloppé dans de la lymphe organisée. Son pourtour pris à l'aide d'une ficelle mesurait 0m,60 suivant son plus grand diamètre et 0m,35 en travers. Le tissu splénique était très ferme, presque autant que celui du foie. Le grand épiploon était très altéré; les glandes mésentériques étaient la plupart un peu augmentées de volume, pâles, et quelques unes renfermaient une espèce de matière dure comme du gravier. A la tête du cœcum on remarqua plusieurs glandes hypertrophiées, en état de congestion; un certain nombre d'autres glandes, également hypertrophiées mais pâles, garnissaient la courbure sigmoïde du colon. Les reins étaient remarquablement petits et ratatinés; ils ne pesaient ensemble que 180 grammes; ils avaient à peu près la même grosseur et leur tissu était très compacte.

Examen microscopique. Le lendemain, je reçus du Dr Sandwith une parcelle de la rate d'un décimètre de long sur trois centimètres de large et sept à huit centimètres d'épaisseur, ainsi qu'un nodule de la grosseur d'une forte balle de fusil qui était attachée au hile de l'organe. Je constatai simplement une hypertrophie de texture; les cellules fusiformes des trabécules présentaient leurs caractères et leur arrangement naturels; les cellules de la pulpe étaient très abondantes. Il y avait aussi des portions de caillots recueillis dans le cœur, dans la veine cave ascendante et dans la veine porte. Ils présentaient absolument le même aspect que ceux que nous avons étudiés chez le malade de l'observation précédente, c'est-à-dire qu'ils étaient divisés en deux couches l'une d'un blanc mat ressemblant à du pus, l'autre ayant à peu près la coloration rouge du sang naturel. La partie blanche du caillot vue au microscope, se trouve composée de corpuscules incolores agrégés ensemble par de fines fibres moléculaires de fibrine; quant à la portion rouge, indépendamment de ses corpuscules colorés, elle en contenait aussi un bon nombre, d'incolores. Deux des glandes mésentériques atteintes d'hypertrophie, qui me furent aussi envoyées, laissaient suinter, quand on les coupait, un suc abondant offrant des cellules représentées dans la fig. 354.

Commentaire. Ce garçon est resté à l'Infirmerie au-delà de six mois; les symptômes et la marche de son affection furent suivis avec le plus grand soin. Ce cas différait d'avec le précédent en ce que la rate seule était hypertrophiée, le foie présentait sa matité normale à la percussion. L'abdomen, cependant, était aussi le siége d'un épanchement ascitique. Une gouttelette de sang recueillie à la pulpe d'un doigt, offrit, pendant tout le séjour de ce malade à l'Infirmerie, un excès de globules incolores, et, chose remarquable, la proportion de ces globules n'a jamais paru influencée par le traitement suivi. Conformément aux théories renouvelées de temps en temps au sujet des fonctions des deux sortes de globules du sang et de la nature de sa matière colorante, le fer semblait être le médicament indiqué. En outre, ce malade avait habité les districts marécageux du Lincolnshire, et quoiqu'il affirmât n'avoir jamais eu de fièvre intermittente, il n'était nullement improbable que l'hypertrophie de la rate reconnût une cause d'origine paludéenne. Nous commençâmes donc le traitement par le fer et la quinine. Cependant, de nouveaux symptômes nous forcèrent bientôt à recourir à d'autres moyens et à abandonner ce traitement. Je

veux parler de la dyspnée et surtout de la diarrhée qui constitua le symptôme prédominant de l'affection pendant toute la durée du séjour du sujet dans l'établissement. Vainement nous avons employé tous les remèdes astringents de la pharmacopée; nous avons obtenu des effets temporaires mais jamais la cessation complète de ce désordre. Il arriva même un temps où le malade tomba dans un tel affaiblissement que pendant plusieurs semaines nous nous attendions de jour en jour à le perdre. Cependant, il regagna des forces, tout en présentant des alternatives de mieux et de pire suivant l'intensité de la diarrhée.

Au mois d'avril, survinrent des symptômes du côté de la poitrine, et leurs caractères de même que les signes physiques nous donnèrent de fortes raisons de soupçonner l'existence d'une phthisie pulmonaire. Sous l'influence de l'huile de foie de morue et aussi de la bonne saison, ces manifestations morbides diminuèrent; la santé générale se rétablit si bien que, comme il est dit dans l'observation, le sujet voulut nous quitter. Cependant, au moment de son départ, il était de nouveau plus mal, très amaigri, ayant l'aspect cachectique et un ventre démesurément développé, c'est donc relativement à son état antérieur qu'il est permis de dire qu'il était dans un état de santé passable. Quoi qu'il en soit, il arriva sans encombre, par bâteau à vapeur, à Hull, où il vécut encore toute une année. Il a donc été en observation pendant dix-huit mois, et, durant tout ce temps, la constitution morbide du sang ne s'est pas sensiblement modifiée. A l'autopsie, le sang présenta absolument le même aspect que dans le cas précédent; la rate était également atteinte d'hypertrophie ainsi que les glandes lymphatiques, mais ces dernières à un moindre degré. Le foie était normal et les poumons paraissaient sains; notons toutefois qu'ils ne furent pas examinés au microscope.

Le Dr Robertson voulut bien se charger de faire l'analyse du sang; la quantité de fibrine était presque doublée, comparativement à l'état normal. L'albumine et les sels avaient gardé leurs proportions ordinaires. La masse des globules était de moitié moindre, mais, par contre, la quantité d'eau était accrue d'autant. Cette augmentation de la fibrine d'une part, avec diminution des globules d'autre part, indique un état du sang qui, autant que je sache, ne se rencontre dans aucune autre maladie.

Obs. CCVII (1). — *Leucocythémie commençante, diagnostiquée durant la vie. Hypertrophie de la rate et du foie. — Ascite.*

Commémoratif. Thomas Welsh, matelot, âgé de 20 ans, est entré à la clinique de l'Infirmerie Royale le 22 septembre 1851. Au mois de juin 1847, il éprouva pour la première fois une douleur rougeante dans le côté gauche; en même temps une tumeur dure se développait à la région de la rate. Bientôt après survint un ictère avec sensibilité et gonflement sous l'hypochondre droit. A la suite d'un traitement médical, cet engorgement se serait dissipé. Cependant, l'ictère reparut à plusieurs reprises et l'abdomen ne laissa pas de se developper, malgré l'emploi assidu des mercuriaux et des iodés.

(1) Recueillie par M. Wm. M. Calder, élève du service.

Symptômes a l'entrée. L'amaigrissement général est très prononcé. L'abdomen fortement développé mesure 0m,80, au-dessus de l'ombilic ; on n'y perçoit aucune fluctuation. La matité hépatique mesure 0m,15 dans sa plus grande étendue verticale ; le bord inférieur de l'organe est senti distinctement sous les fausses côtes, mais le lobe gauche semble plonger en arrière et en haut et se trouve même en contact avec la rate. Cette dernière offre une matité verticale de 0m,21 ; son bord inférieur échancré en son milieu se laisse aisément distinguer et descend jusqu'au niveau de la crête supérieure de l'os iliaque. Selles plus ou moins liquides d'ordinaire ; respiration embarrassée et exclusivement thoracique ; pas de matité à la percussion sur la poitrine ; pas de toux, malgré la présence de quelques râles sibilants ; impulsion du cœur faible mais sans bruit anormal ; pouls à 78, petit et faible. Le sujet n'a plus grandi depuis l'âge de seize ans, il n'en paraît d'ailleurs pas davantage ; les organes génitaux ne sont pas encore développés. Urines naturelles ; coloration de la peau d'un jaune sombre. Le sang examiné au microscope présente une proportion normale entre les globules rouges et les globules blancs.

Inutile de suivre tous les détails de la maladie ; il suffira de dire que le sujet a continué d'avoir de temps en temps la diarrhée, parfois des épistaxis et souvent de la douleur ou au moins de la sensibilité dans les régions tuméfiées de l'abdomen. — Au mois d'octobre, il fut atteint d'une violente laryngite, qui se guérit en quinze jours. Vers le milieu de décembre, il survint de l'ascite ; l'urine était beaucoup diminuée de quantité et chargée d'urates. Le sang fut examiné de loin en loin à l'aide du microscope et, le 3 janvier, on observa une augmentation manifeste du nombre des globules blancs. Sous l'influence d'un traitement approprié, l'ascite diminua dans une certaine mesure. Quant aux globules blancs, ils se multiplièrent avec rapidité, et dans le mois de février, ils formaient des groupes nombreux disséminées dans le lacis formé par les globules rouges empilés sur le champ du microscope. Dans les derniers temps, les forces du sujet avaient décliné beaucoup, mais la mère vint le prendre à l'Infirmerie pour le ramener chez elle à Berwick, le 27 février 1852. J'appris par le Dr Johnson, qu'il était mort deux jours après ; on ne fit pas d'autopsie. Dès qu'il fut constaté que le nombre des globules blancs était notablement augmenté, je priai le Dr Wm Robertson d'analyser le sang ; voici le résultat de ses recherches, le 7 janvier. — Il s'est formé un caillot solide d'où il s'est échappé fort peu de serum, bien qu'on l'ait abandonné au repos durant quarante-huit heures. La surface du coagulum est plate et présente une mince couenne fibrineuse.

Densité du sang	1043.3
» du serum	1027

Composition de 1000 parties.

Fibrine		3.2
Parties solides du serum,	organiques 70.4 / inorganiques 10.3	80.7
Globules		82.3
	Total des parties solides	166.2
	Eau	833.8
		1000

Commentaire. Avant cette observation, il n'avait pas encore été fait mention de cas où l'on avait pu assister au début et suivre la marche de la leucocythémie. On aura observé que la rate et le foie avaient atteint un développement très considérable avant que le sang fût affecté. Rien, d'ailleurs n'est plus variable que le volume d'une ou de plusieurs glandes sanguines dans la leucocythémie. Dans bien des cas, la rate est très hyper-

trophiée sans qu'il y ait aucune modification du sang. L'explication de ces anomalies apparentes n'est pas encore trouvée. La multiplication des cellules incolores commence un beau jour sans qu'on en sache la raison ni le moment exact. Ce début, cependant, aurait été observé dans un autre cas relaté par Virchow.

Obs. CCVIII (1). — *Eczéma du tronc et des membres. — Hypertrophie des glandes lymphatiques. — Leucocythémie. — Amendement.*

Commencement. — Peter Smellie, 62 ans, ouvrier dans une fonderie de fer près de Glasgow, fut reçu à l'Infirmerie le 4 octobre 1860. Il y a seize ans, il eut les jambes et les chevilles couvertes d'une éruption eczémateuse qui disparut au bout de trois ou quatre semaines, mais revint plus ou moins chaque année à l'époque du printemps. Il y a quatre ans, l'éruption envahit les épaules et se répandit graduellement par places sur le tronc et sur les extrémités. Depuis trois ans, les glandes de l'aine et de l'aisselle se sont hypertrophiées; à trois reprises différentes on a même ouvert dans l'aine droite des abcès dont la formation s'est accompagnée de symptômes fébriles.

Symptômes a l'entrée. — Le tronc tout entier est recouvert d'un eczéma chronique, rouge foncé, émaillé çà et là de taches brunes. La peau est indurée en certains endroits; toute la surface malade est recouverte de nombreuses écailles laminées dont l'exfoliation s'accompagne d'une irritation très forte et d'une vive démangeaison. Les quatres membres sont affectés de la même manière, mais aux jambes la peau s'est indurée et présente des squames très épaisses comparables aux écailles de l'ichthyose. Les glandes axillaires sont considérablement hypertrophiées et forment par leur réunion des espèces de tumeurs molles au toucher et dont la grosseur varie depuis celle d'une noisette jusqu'à celle d'un petit œuf de poule. D'autres glandes se remarquent encore derrière les muscles sterno-mastoïdiens et au pli des coudes. Il s'en rencontre même une du volume d'un œuf de pigeon au côté gauche du thorax en dedans du mamelon. Pouls à 69, un peu faible; un bruit de souffle doux s'entend à la base du cœur, coïncidant avec la systole. Matité normale à la région du foie et de la rate. Le sang présente une augmentation très notable des globules incolores et on y remarque de nombreux noyaux libres, de volume et d'aspect exactement pareils à ceux de la préparation représentée fig. 559. *Maintenir sur les cuisses et sur le tronc des compresses imbibées d'une solution alcaline* (Voir aux maladies de la peau, t. II. p. 493) *et oindre les jambes avec une pommade à l'oxyde de zinc. Viandes rôties.*

Marche de la maladie. — 28 *décembre*. A la suite des applications alcalines et de la pommade à l'oxyde de zinc, les surfaces malades ont pris un meilleur aspect; en certains endroits même, l'éruption a complètement disparu ainsi que toute espèce de démangeaison et d'irritation. Les glandes de l'aisselle et des aines sont déjà beaucoup réduites. — 15 *janvier*. Le Dr Murray Thomson a bien voulu se charger de faire l'analyse du sang; en voici le résultat:

Composition de 1000 parties de sang.

Fibrine			3.83
Parties solides du serum,	organiques	80.54	87.87
	inorganiques	7.32	
Globules			79.33
	Total des solides		171.03
	Eau		828.97
			1000.00

(1) Recueillie par MM. D. Murray et J. Sadler, élèves du service.

30 *janvier*. L'éruption a complètement disparu sur le tronc, mais les jambes restent indurées et de couleur d'acajou. Les glandes sont notablement réduites de volume et les globules incolores du sang ont diminué de nombre. Sortie.

Commentaire. — Cet homme, à raison de ses occupations dans une fonderie de fer était constamment exposé à la chaleur d'une feu intense, et telle est sans doute la cause de l'inflammation eczémateuse de la peau. Cette éruption à son tour a provoqué une hypertrophie des ganglions lymphatiques et comme résultat final de la leucocythémie. Les globules incolores étaient absolument de la même grandeur et de la même forme que ceux précédemment décrits dans un cas de tumeurs cancéreuses du corps thyroïde et des ganglions lymphatiques (Obs. CLXIX); il n'y avait donc pas de doute à l'égard de leur origine (Fig. 559, 560). Une particularité intéressante à noter, c'est la diminution simultanée de l'éruption à la peau et de l'irritation d'une part, et des engorgements glandulaires avec la leucocythémie d'autre part.

Les observations qui précèdent, jointes aux huit autres relatées précédemment dans cet ouvrage (Obs. LXXIX, LXXXIV, XCI, C, CXXXI, CLXIX, CXCV et CXCVI), suffisent pour avoir une idée satisfaisante de cette curieuse altération du sang. Dans mon ouvrage sur la cucocythémie, (1) publié en 1852, j'ai cité trente-sept observations dans lesquelles les symptômes et les lésions étaient plus au moins caractéristiques. Depuis cette époque j'ai observé bon nombre de cas semblables dans ma pratique, et il en a été relaté beaucoup dans les journaux anglais, américains, français et allemands. Des analyses du sang ont été faites dans un certain nombre de ces cas; cependant, la science n'a guère progressé au point de vue pathologique et thérapeutique, depuis l'apparition de ma monographie, en 1852, car les faits relatés viennent seulement confirmer les conclusions auxquelles j'étais arrivé. Une description systématique des symptômes et de la marche de la maladie, divisée en trois périodes, a été publiée dans la Gazette hebdomadaire du 4 avril 1856, par le Dr Vidal. La plupart des idées exposées dans cet article ont été prises dans mon mémoire, et c'est un travail fait avec soin; toutefois, il aurait pu avec avantage augmenter le nombre de cas (il n'en cite que 32) sur lesquels il fonde ses conclusions.

Pathologie et traitement de la leucocythémie.

Quand on examine au microscope du sang d'un sujet atteint de leucocythémie, ce qui se fait avec la plus grande facilité en piquant légèrement la pulpe d'un doigt avec une fine aiguille et en soumettant la gouttelette ainsi obtenue à un grossissement de 250 diamètre linéaires, on voit d'abord rouler confusément globules blancs et globules rouges, mais on est frappé au premier coup-d'œil de l'excès des premiers. La dispro-

(1) Brochure in-8° de 131 pages, ornée d'un grand nombre de gravures sur bois et de planches coloriées. L'auteur a abordé dans ce travail les questions les plus intéressantes concernant la physiologie et la pathologie du système des glandes sympathiques.

portion est plus remarquable encore, lorsqu'après quelques instants les globules incolores se sont arrangés en rouleaux, laissant entre eux des espaces clairs dans lesquels se rassemblent en plus ou moins grand nombre les globules incolores. Il n'est guère possible de déterminer avec une exactitude satisfaisante la proportion relative des deux sortes de globules dans les différents cas. Parfois les globules blancs sont seulement un peu plus nombreux qu'à l'état normal. Dans certaines observations, il est dit qu'ils étaient cinq fois plus nombreux que dans le sang d'une personne bien portante ; dans d'autres, qu'ils étaient beaucoup multipliés, qu'ils formaient le tiers ou même la moitié du nombre total des globules. Toutes ces appréciations sont inexactes. La meilleure méthode d'apprécier la relation numérique de ces corpuscules, c'est peut-être d'en juger d'après les espaces ou mailles laissées entre les rouleaux formés par les globules colorés. Lors même que tous ces espaces seraient remplis de globules blancs, ces derniers ne feraient pas même le tiers des autres, vu le grand nombre qui entre dans la composition d'un de ces rouleaux. On se rendra aisément compte de cette remarque en jetant les yeux sur la fig. 546.

La dimension des globules incolores diffère considérablement selon les cas. Lors même qu'à première vue ils paraissent assez uniformes dans une même préparation, on constate qu'avec un grossissement beaucoup plus fort il en existe dont le volume est double ou triple des autres, tous les dégrés intermédiaires se présentant d'ailleurs. Dans un petit nombre d'observations, ils sont décrits comme ayant trois ou quatre fois la dimension des globules colorés ; dans trois cas ils dépassaient à peine le volume des globules colorés ou étaient même plus petits, fig. 551 ; enfin, chez trois de mes malades, il s'en rencontrait à la fois de plus grands et de notablement plus petits, fig. 559 et 560.

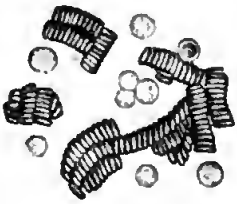


Fig. 549

Fig. 550.

Dans les cas où le sang a été examiné avec soin après la mort, on a noté les mêmes variations que durant la vie, relativement au nombre et à la grosseur des globules blancs. Toutefois, il est a remarquer qu'ils étaient toujours plus abondants dans le caillot, et lorsqu'ils étaient assez nombreux, comme dans l'observation CCV, ils communiquaient au caillot incolore un aspect d'un blanc terne et le rendaient beaucoup plus friable sous la pression. Quant ils sont moins nombreux, les portions du coagulum incolore renfermées dans le cœur et dans les gros vaisseaux présentent une coloration mate comme de la crème, facile à différencier de l'aspect gélatineux et fibreux d'un caillot normal ; d'ailleurs, ce coagulum contient un grand nombre de cellules incolores.

Fig. 549. Globules incolores légèrement augmentés de nombre.
Fig. 450. La même préparation traitée par l'acide acétique. 250 *diam.*

L'analyse chimique du sang a été faite dans plusieurs cas de leucocythémie et, généralement, on a noté un excès de fibrine et une diminution de la quantité des globules. La proportion de la fibrine oscille entre 3 et 7 parties et celle des seconds entre 100 et 49 sur 1000. Chez un malade dont l'observation très bien faite a été relatée par le Dr Wallace, de Greenock, le sang analysé par le Dr W. Robertson, ne contenait que 1.5 de fibrine et 79 de globules sur 1000 parties (1).

Les *organes* le plus généralement atteints dans cette maladie sont la rate, le foie et les ganglions lymphatiques. La *rate*, dans la plupart des cas, était hypertrophiée et pesait de 500 à 4000 grammes. Son tissu, selon les cas, était le plus souvent induré, d'autres fois conservait sa densité normale ou même était ramolli et plus ou moins pulpeux. Un petit nombre de pièces présentaient des espèces de noyaux jaunâtres ressemblant à des dépôts accidentels, mais en réalité constitués par du tissu normal dégénéré. Le plus communément, les cellules et les éléments nucléaires de la pulpe sont augmenté de nombre, tandis que la portion fibreuse paraît ne pas avoir subi d'altération. Il ne faudrait point croire, néanmoins, que toute hypertrophie de la rate mène à la leucocythémie; j'ai maintes fois observé le développement énorme de la rate chez des sujets qui ne présentaient aucune altération appréciable du sang. Je suis tenté de croire que dans ces cas l'augmentation de volume de l'organe est dû plutôt à de la congestion et à de l'hypertrophie fibreuse qu'à une multiplication des éléments cellulaires. Après la rate, c'est le *foie* qui est le plus communément altéré dans la leucocythémie. Dans la majorité des cas, il est simplement hypertrophié, quelquefois il est atteint de cirrhose à un degré plus ou moins avancé, ou même cancéreux. Les *ganglions lymphatiques* sont aussi fréquemment engorgés. Dans la plupart des cas ils sont mous, présentent à la coupe un aspect blanchâtre, granuleux et laissent suinter sous la pression un suc trouble, très abondant. Rarement ces ganglions sont indurés et pénétrés de dépôts calcaires ou infiltrés d'exsudats cancéreux ou tuberculeux. Les *glandes solitaires et agminées de Peyer* ont été trouvées hypertrophiées aussi dans quelques cas. Le Dr Béhier en a même rapporté une observation fort remarquable, en ce que, chez son malade, ces glandes seules étaient affectées. Le *corps thyroïde* était le

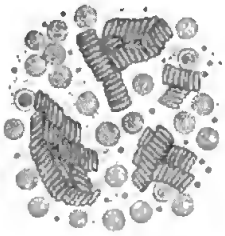


Fig. 551.

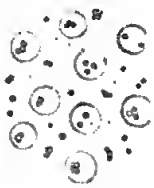


Fig. 552.

(1) Glasgow Journal, avril 1853.

Fig. 551. Globules incolores augmentés de nombre mais offrant de petites dimensions.
Fig. 552. La même préparation traitée par l'acide acétique. 250 *diam.*

siége d'un cancer chez un de mes malades et avait évidemment donné lieu à la leucocythémie (Obs. CXCIX); les Drs Holland et Neale ont déjà observé plusieurs cas de goitre où il y avait également de la leucocythémie. Le Dr Addison, de son côté, a trouvé une augmentation des globules blancs dans le sang de deux de ses patients atteints d'hypertrophie des capsules surrénales. D'autres lésions encore se sont rencontrées en coïncidence avec la leucocythémie, mais ce sont là évidemment des complications tout accidentelles, n'ayant aucune relation de cause à effet avec la maladie principale.

Relation existant entre les globules incolores et les globules colorés du sang. Beaucoup de physiologistes ont soutenu que les globules colorés proviennent des incolores; quelques uns même pensent que ceux-ci se transforment directement en ceux-là (Paget) (1). D'autres, tout en admettant que tel est le cas chez les poissons, chez les reptiles, chez les oiseaux et chez divers mammifères, sont d'avis que les disques colorés de l'homme sont simplement le noyau devenu libre des cellules incolores (Wharton Jones) (2). D'après mes observations personnelles, notamment dans la leucocythémie, je me rallierais volontiers à la dernière manière de voir.

Le mode de transformation du noyau des cellules incolores du sang en disques colorés, aplatis et biconcaves n'a pas encore été décrit; d'après ce

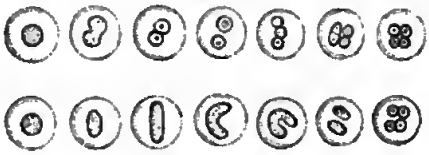


Fig. 553.

que j'ai cru observer, ce passage se ferait de la manière suivante : la cellule incolore possède souvent un seul noyau rond, comme on le voit après l'addition d'acide acétique. Plus communément le noyau est divisé en deux, et chacune des moitiés montre déjà une dépression centrale marquée par une petite tache plus foncée. Parfois, avant de se diviser, le noyau devient ovale, s'allonge, se courbe plus ou moins en prenant la forme d'un fer à cheval. Il n'est pas rare de voir ces noyaux se diviser en trois ou quatre granules, chacun de ces derniers offrant une tache centrale foncée. J'ai bien souvent rencontré toutes les formes représentées dans la figure 553; seulement je les ai disposées dans l'ordre présumé de leur évolution.

(1) Kirke's Physiology, pp. 68-69.
(2) Lond. Phil. Trans., 1846.

Fig. 553. Cellules incolores du sang observées dans la leucocythémie, montrant les diverses formes affectées par les noyaux. Elles ont été disposées dans l'ordre présumé de leur développement. 500 *diam.*

Chez deux de mes malades j'ai vu les corpuscules incolores du sang se diviser en deux catégories de dimension différente. Les plus petits étaient évidemment des noyaux devenus libres, tout-à-fait pareils à ceux encore renfermés dans les grandes cellules (Voir fig. 559 et 560). En examinant ces dernières après avoir ajouté de l'acide acétique à la préparation, j'ai rencontré toutes les formes représentées dans la figure ci-jointe; seule-

a b Fig. 554.

ment, je les ai disposées aussi suivant l'ordre probable de leur évolution. En inspectant les ganglions lymphatiques dans un de ces cas, j'y ai trouvé, en très grand nombre, de petit corps semblables à celui représenté par *a* dans la figure; les autres, à partir de *b*, étaient beaucoup moins nombreux.

Dans plusieurs occasions où du sang avait été extrait du bras au moyen de la saignée, j'ai vu, après vingt-quatre heures de repos de ce liquide, ces noyaux aux formes diverses prendre une nuance de paille et ressembler exactement, comme teinte, aux disques colorés. Toutefois, on s'apercevait tout de suite que ces noyaux s'étaient simplement imprégnés de la matière colorante du sang, tandis que la cellule elle-même avait gardé une transparence parfaite (voir fig. 548).

Dans le but de suivre encore mieux les transformations intimes qui s'opèrent dans les globules incolores, je fis l'expérience suivante: je tuai un lapin qui avait mangé quatre heures auparavant. Le thorax fut ouvert rapidement et une ligature placée autour de l'artère pulmonaire, afin d'empêcher les globules venant du canal thoracique de passer dans les poumons. L'abdomen de l'animal fut soumis alors à de légères pressions afin de favoriser la circulation du chyle; enfin, une ligature fut encore placée entre les gros vaisseaux et le cœur qui fut enlevé. En examinant le sang contenu dans le ventricule gauche, j'y trouvai un nombre inaccoutumé de grosses cellules incolores, dont les noyaux, après addition d'acide acétique, offraient tous les degrés de transition représentés dans la figure 553. Dans le sang du ventricule gauche, les cellules incolores s'observaient dans une proportion normale. Cette expérience a été répétée plusieurs fois avec le même résultat.

Je partage donc l'opinion de Valentin et de Wharton Jones, qui regardent les globules colorés du sang des mammifères comme des noyaux mis en liberté. Toutefois, je ne crois point avec le dernier observateur, que ces noyaux chez les mammifères procèdent nécessairement d'une cellule antérieure; en d'autres termes le disque coloré ne serait pas toujours

---

Fig. 554. Développement probable du noyau dans les cellules incolores du sang, dans un autre cas de leucocythémie. 500 *diam.*

une phase ultérieure d'évolution de la cellule incolore. Je crois, au contraire, que le plus grand nombre des disques colorés s'élèvent au rang noyau de simple avant de pénétrer dans le torrent circulatoire. Beaucoup d'entre eux, néanmoins, atteignent certainement un degré plus avancé de développement et s'entourent d'une membrane cellulaire. Dans cet état, ces noyaux s'accroissent par voie endogène et se multiplient par fissiparité, de la manière que nous avons déjà indiquée ; ils circulent donc dans le courant sanguin renfermés dans les cellules incolores, mais une fois l'enveloppe cellulaire dissoute, ils ne diffèrent plus des autres disques colorés.

J'ai examiné comparativement le sang d'un certain nombre d'oiseaux, de reptiles et de poissons, et j'ai observé toutes les formes transitoires, entre la cellule incolore et le globule coloré, avec beaucoup plus de facilité que chez l'homme. Une fois l'attention dirigée sur ce point, on ne fait guère une préparation du sang de ces animaux sans constater clairement que le globule coloré est une transformation du globule incolore. Chez les animaux appartenant à ces classes, la cellule incolore, ronde dans le principe, prend une forme ovale en s'accroissant, et plus tard seulement sa coloration. Les noyaux également, comme on le constate sous l'action de l'acide acétique, subissent la multiplication fissipare à l'intérieur des cellules, et l'on retrouve aisément tous les degrés intermédiaires, comme dans la fig. 556. Les cellules du sang de tous les vertébrés affectent donc le même mode de développement endogène, à cette différence près que chez les oiseaux, chez les reptiles et chez les poissons, les globules conservent la forme de cellules à noyau, tandis que chez la plupart des vertébrés, il ne reste finalement que des noyaux libres.

Fig 555.

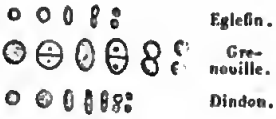


Fig 556.

Origine des globules du sang. — Hewson le premier, annonça d'une manière positive que les globules du sang dérivent des glandes lymphatiques ; cependant cette opinion ne fut pas généralement acceptée. Cruickshank lui-même, un de ses contemporains qui écrivit immédiatement après lui un ouvrage sur le système lymphatique, dit en parlant du

---

Fig. 555. Cellules de diverses grandeurs incolores et colorées, observées dans le sang de l'églefin, de la grenouille et du dindon, rangées dans l'ordre de leur developpement supposé. Les trois premiers globules de chaque ligne sont incolores.

Fig. 556. Noyaux des cellules du sang de l'églefin, de la grenouille et du dindon, après addition d'acide acétique. 450 *diam.*

liquide lymphatique dans lequel ces globules nagent, « que l'on ne connaît pas encore la destination de ce liquide. » (1) Ces opinions d'Hewson ne sont pas même acceptées sans réserves par son commentateur, M. Gulliver (2). Nasse, Wagner, Müller et un petit nombre d'auteurs sont bien d'avis que les globules incolores du sang ne diffèrent en rien des cellules de la lymphe, mais ils ne disent pas le moindre mot concernant leur mode d'origine et leur importance fonctionnelle. En découvrant les lésions anatomo-pathologiques de la leucocythémie, j'ai donc eu encore l'avantage de démontrer la justesse des idées émises par Hewson, il y a près d'un siècle, au sujet de ce point intéressant de physiologie.

Si l'on examine le chyle renfermé dans les vaisseaux blancs se ramifiant sous la tunique séreuse de l'intestin, on y voit flotter une infinité de petites molécules graisseuses (voir Fig. 499), les molécules diminuent de nombre à mesure que le chyle s'approche du canal thoracique, dans lequel on aperçoit beaucoup de noyaux libres, dont un certain nombre s'entoure déjà d'une membrane cellulaire délicate. Chez les mammifères ordinaires, on voit souvent ces noyaux former des espèces de disques de la même grandeur et de la même forme que les globules de sang (Fig. 499 *a*). De plus, l'eau leur fait prendre une forme globulaire et l'évaporation leur donne un aspect ratatiné et dentelé sur les bords comme aux globules du sang. Ils ne diffèrent donc de ces derniers que par le manque de coloration et parce qu'ils ne se dissolvent pas en partie sous l'action de l'acide acétique (Fig. 499, *a*; 557 et 558). Si après avoir incisé une glande lymphatique on examine le suc recueilli à la surface de la coupe, on y trouve des noyaux libres et des cellules nucléées en grand nombre, en un mot, absolument les mêmes éléments morphologiques que dans la lymphe et dans le chyle; or, dans ce dernier liquide, ils ressemblent très fortement aux globules incolores du sang. Souvent aussi, on voit le noyau de ces corpuscules subir la division fissipare dont il a été parlé plus haut, et présenter à divers degré les formes observées dans le chyle du canal thoracique. Ces observations parlent donc très haut en faveur de l'opinion des physiologistes qui pensent que les globules incolores du sang et ceux

Fig. 557.

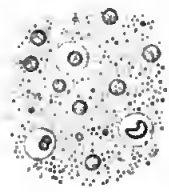


Fig. 558.

(1) The Anatomy of the Absorbing Vessels of the Human Body. London, 4to, 1786, p. 73.

(2) The Works of W. Hewson, F. R. S., édités par George Gulliver F. R. S. L., dans la collection de la Société de Sydenham. Note, p. 281.

Fig. 557. Chyle additionné d'eau, recueilli dans le canal thoracique d'un chat, trois heures après avoir eu du lait.

Fig. 558. La même préparation traitée par l'acide acétique. 250 *diam.*

du chyle et de la lymphe sont identiques, et que, par conséquent, ils ne se forment pas dans le sang même, mais avant de pénétrer dans ce liquide.

D'après Henle, les molécules du chyle s'unissent pour former les noyaux, lesquels, à leur tour, s'enveloppent plus tard d'une membrane (1); les noyaux, croit-il, sont retenus par les glandes lymphatiques où ils acquièrent un développement plus complet (2). Nasse (3) affirme également avoir observé des agrégats de molécules et des corps granulés dans le chyle, avant le passage de ce liquide à travers les glandes lymphatiques. D'ailleurs, il est certain que noyaux et cellules abondent surtout dans ces glandes mêmes, et les cas de leucocythémie établissent suffisamment que l'excès des globules incolores dans le sang ne dépend point de leur surabondance dans le chyle, mais coïncide avec le développement de la rate et d'autres organes glandulaires. C'est donc à ces organes qu'il faut rapporter en grande partie la formation des cellules incolores et c'est en eux également qu'il faut voir la source des globules du sang.

Hewson comprenait dans le système lymphatique la rate, le thymus et toutes les glandes lymphatiques. Il voyait dans ces organes le lieu où se forment les particules destinées à devenir plus tard des globules du sang; quant à la rate, son rôle principal serait de sécréter la matière colorante qui imbibe ces globules. Cette doctrine admise par certains auteurs allemands a néanmoins été rejetée par la plupart des physiologistes de l'Angleterre, jusqu'en 1852. M. Simon (4) déclare impossible que les globules du thymus puissent passer dans les lymphatiques ou les vaisseaux sanguins, à cause de la membrane limitante dans laquelle il se trouvent renfermés. Cependant, Hewson et Astley Cooper (4) ont suffisamment établi la réalité de ce passage; d'ailleurs, la pénétration des globules incolores de la rate et des glandes lymphatiques dans la circulation ne laisserait subsister aucun doute à cet égard, quand on réfléchit à ce qui se passe dans la leucocythémie, et à cette particularité que le sang de la rate et de la veine porte contient toujours un plus grand nombre de ces globules.

Il est encore d'autres glandes offrant une analogie frappante avec celles-là et qui font partie des glandes du système lymphatique, telles sont : le corps thyroïde et les capsules surrénales. La glande pituitaire et la glande pinéale ont aussi été rangées par Oesterlen (5) dans la même classe d'organes. Sans vouloir entrer dans les détails anatomiques concernant chacune d'elles en particulier, il ne sera pas inutile de signaler les principales analogies qui font classer ces glandes dans le même système.

1. Elles consistent en un stroma fibreux, laissant des espaces clos tapissés par une membrane n'offrant aucune apparence de structure, et ces espaces

(1) Anatomie générale; trad., par Jourdain, tome I, p. 455.
(2) Ibid., tom. II. p. 103.
(3) Wagner. Handworterbuch. Art. chyle et lymphe.
(4) On the Thymus Gland, p. 91.
(5) Anatomy of the Thymus Gland, pp. 15 et 43.
(6) Beiträge zur Physiologie des gesunden und kranken Organismus. Iena, 1843.

sont remplis de molécules incolores, de noyaux et de cellules à tous les degrés de développement.

2. Les corpuscules de toutes ces glandes se ressemblent entre eux : le noyaux sont de la même grandeur que les disques colorés du sang des mammifères et les cellules correspondent aux globules incolores; les faibles différences qu'on pourrait signaler s'expliquent suffisamment par les degrés de développement plus ou moins avancé.

3. Ces glandes n'ont pas de conduits excréteurs, de sorte que pour se séparer de l'organe où ils sont nés, les corpuscules doivent nécessairement passer par les lymphatiques ou par les veines.

Or, il est certain que le sang de la veine porte et des veines spléniques, même dans l'état de santé, est toujours plus riche en corpuscules incolores que celui de la circulation générale (1). Il est également avéré que le sang des jeunes animaux contient un plus grand nombre de ces globules qu'il n'en contiendra plus tard à l'état adulte, ce qui concorde parfaitement avec l'activité plus grande, dans le jeune âge, du thymus, du corps thyroïde des capsules surrénales et de toutes ces glandes en général. Dans la leucocythémie, de même, ces organes étant hypertrophiés et leurs éléments globulaires multipliés, les corpuscules incolores du sang augmentent de nombre. Deux des observations précédentes relatées avec beaucoup de soin, établissent suffisamment, nous parait-il, la corrélation qui existe entre l'hypertrophie des glandes lymphatiques et la multiplication des cellules incolores du sang. Chez le malade de l'observation CXCIX, dont le corps thyroïde était hypertrophié, les cellules et les noyaux inclus étaient notablement plus petits qu'à l'ordinaire, et il a été bien constaté que les corpuscules incolores du sang et leurs noyaux étaient également fort petits, (Fig. 500, 501, et 551). Dans trois observations nous avons noté que les corpuscules incolores du sang formaient deux catégories de grandeur, les plus petits correspondant aux noyaux des plus grands, et chez un de ces malades, nous avons trouvé les glandes lymphatiques remplies de corpuscules également de deux catégories de grandeur correspondant exactement à ce qui existait dans le sang. (Fig. 559 et 560). Ces faits laissent peu de doute sur la formation des corpuscules incolores du

Fig. 559.

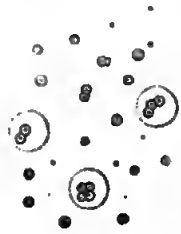


Fig. 560

(1) Ce fait admis dans la science a reçu une consécration définitive des observations minutieuses de Funke. — *Henle Zeitschrift*, 1851, p. 172.

Fig. 559. Noyaux libres en grand nombre, entremêlés de globules incolores, dans le sang d'un sujet atteint de leucocythémie.

Fig. 560. La même préparation traitée par l'acide acétique. 250 *diam*

sang dans les glandes lymphatiques d'où ils pénètrent ensuite dans le torrent circulatoire.

Par quelle voie ce passage s'opère-t-il ; est-ce par les vaisseaux lymphatiques ou par les veines, ou par ces deux sortes de canaux à la fois? C'est là une question fort difficile à résoudre. La membrane limitante qui tapisse les saccules glandulaires est extrêmement délicate, au point même que plusieurs observateurs en ont nié l'existence. Lorsqu'elle est distendue, elle peut donc se rompre et le contenu être déversé dans les tissus avoisinants ou dans les vaisseaux même. Le Dr Sanders (1) a montré que les sacs de Malpighi de la rate sont traversés par de très forts vaisseaux, et M. Gray a cru trouver des rapports très directs entre ces sacs et les veines spléniques (2). Cependant, il faut bien le dire, s'il existe certainement des communications entre les glandes lymphatiques sans conduit et les vaisseaux sanguins, si le passage du contenu des uns s'effectue à travers les autres, nous ignorons encore suivant quel mode a lieu cette transmission. Toutefois, j'incline fortement à croire qu'il doit exister là une communication directe avec les veines.

Depuis quelques temps les physiologistes sont dans l'habitude de donner à ces glandes la désignation de glandes sanguines, bien qu'à cet égard il n'y ait rien de déterminé au moins d'une manière définitive, si ce n'est que ces organes servent à la nutrition, spécialement durant les premières périodes de la vie. Si, à la suite de ces considérations, on admet avec moi que les éléments corpusculaires trouvés dans ces organes se transforment en ceux du sang, il s'ensuit que les glandes lymphatiques sécrètent les corpuscules du sang absolument tout comme les testicules sécrètent les spermatozoïdes, les mamelles les globules du lait, les glandes de l'estomac ou les glandes salivaires le suc gastrique et la salive.

Pour ce qui est du mode de formation des corpuscules, deux théories sont en présence pour l'expliquer, théories se fondant sur un grand nombre de faits et d'observations étroitement liés avec l'origine des éléments organiques et de l'organisation elle-même. D'après l'une, les corpuscules proviendraient de la membrane au sein de laquelle ils sont enfermés et dont ils se détacheraient sous forme d'épithélium. D'après l'autre, ils prendraient naissance au sein d'un liquide organique où se produiraient des molécules dont les agrégats successifs aboutiraient à des productions d'un ordre plus élevé (3). Depuis longtemps je me suis prononcé en faveur de la seconde théorie, comme le plus en accord avec les faits connus ; au reste, tout ce que j'ai constaté durant mes investigations répétées au sujet de la structure des différentes glandes lymphatiques est en parfaite harmonie avec elle. Nulle part je n'ai vu des noyaux ou des

(1) Report of Physiological Society of Edinburgh, 31 janv. 1851. Monthly Journal fév. 1852.

(2) On the Spleen, pp. 233-34. 1854.

(3) Report of the Physiological Society of Edinburgh 31 janv. 1852. Monthly Journal, avril 1852.

cellules de ces glandes attachées à une membrane ou paraître en provenir et moins encore des germes fixes hypothétiques; par contre, j'ai constaté régulièrement la présence d'un liquide moléculaire à l'intérieur des sacs clos. Quel que soit le mode de production de ces corpuscules, qu'ils soient formés de molécules réunies ou de germes fixés, c'est évidemment dans ces glandes qu'ils se produisent et c'est de là qu'ils pénètrent dans le torrent circulatoire où ils acquièrent ensuite leur coloration en se transformant en globules sanguins ou hématies. (1) Quant aux globules blancs ou cellulaires, comparativement peu nombreux dans l'état de santé, ils circuleraient un certain temps dans cet état, puis leur enveloppe cellulaire se dissoudrait et le noyau mis en liberté deviendrait un globule coloré. Dans la leucocythémie, les cellules incolores sont multipliées et les noyaux libres sont moins nombreux. La conséquence à tirer de cette observation c'est que les premières se développent aux dépens des derniers, et comme elles ne se colorent point en passant par les poumons, la formation du sang est plus ou moins entravée. Dans les trois classes inférieures des vertébrés, toutes les cellules deviennent ovales et se colorent.

Tout ce que l'on sait du développement des globules du sang d'une part, et de la fonction des glandes sanguines d'autre part, vient à l'appui de la théorie qui vient d'être exposée. Les globules primitifs du sang chez l'embryon se forment à l'intérieur de cellules, dans la couche vasculaire de la membrane germinale, et les cellules se transforment ensuite en vaisseaux. A cette période, les cellules incolores sont très abondantes et on peut voir leurs noyaux subir la division fissipare dont il a été question ci-devant; les cellules elles mêmes se multiplient par division durant cette période vitale (2). Les invertébrés ne possèdent ni vaisseaux lymphatiques ni glandes sanguines; ils ne possèdent même, comme l'a montré Milne Edwards, qu'une circulation simple à l'intérieur d'une série de tubes analogues aux artères ou aux veines et communiquant entre eux au moyen de lacunes qui entourent les viscères. Cependant, le liquide en circulation contient deux espèces différentes de corpuscules, mais, comme l'a établi M. Wharton Jones, ils correspondent simplement à deux phases d'évolution et sont dans les mêmes relations entre eux que les corpuscules incolores et colorés chez les poissons, les reptiles et les oiseaux.

Les poissons possèdent un système lymphatique distinct, et chez eux aussi on commence à observer un corps pituitaire, des capsules surrénales et une rate. Chez les reptiles on trouve de plus le thymus et des glandes

(1) Je ignore point qu'on pourrait m'objecter que mes prétendus noyaux pourraient bien être entourés d'une membrane cellulaire tellement fine qu'elle aurait échappé jusqu'ici à l'observation. Je me suis toujours servi dans mes recherches d'un excellent microscope d'Oberhaüser, je les ai controlées à l'aide de l'objectif d'un huitième de pouce de Ross en faisant l'éclairage avec le plus grand soin et de différentes façons, et je n'ai pu reconnaître la moindre apparence de membrane autour du plus grand nombre de ces corpuscules.

(2) Ces changements ont été bien représentés par Fahrner. — De *globulorum sanguinis*, etc. Turici, 1845.

thyroïdes; d'ailleurs, dans ces deux classes d'animaux, les communications sont nombreuses et directes entre les vaisseaux sanguins et lymphatiques. Chez les oiseaux on observe de plus des glandes sur le trajet des lymphatiques du cou, mais il n'en existe pas encore le long des vaisseaux lactés, et on remarque deux canaux thoraciques. C'est chez les mammifères que le système glandulaire lymphatique atteint le développement le plus complet; il comprend les glandes mésentériques et lymphatiques, une rate, le thymus, le corps thyroïde et pituitaire, la glande pinéale et les capsules surrénales. Nous constatons donc une relation manifeste entre la quantité des éléments corpusculaires du sang et l'étendue ou la complexité du système glandulaire lymphatique. Les corpuscules sont comparativement rares et peu colorés, dans la plupart des invertébrés, et, d'après Wagner, on doit les considérer comme analogues à ceux de la lymphe. Ils se multiplient et se colorent davantage aussitôt qu'apparaissent la rate et les capsules surrénales, chez les poissons. Chez ces derniers et chez les reptiles, cependant, les cellules incolores sont toujours nombreuses. Les oiseaux possèdent déjà des cellules colorées plus petites, mais toujours pourvues d'un noyau; enfin les corpuscules colorés ne sont plus constitués que par des noyaux libres, et toujours en très grand nombre.

Il a été objecté aussi que les globules colorés du sang ne sauraient provenir des corpuscules incolores du chyle : 1° parce que les premiers se retrouvent avec leurs dimensions diverses dans le sang lui-même; 2° parce que le sang du fœtus ne nous offre point de degré intermédiaire entre les deux genres de globules; 3° enfin, parce que sous l'action de l'acide acétique les corpuscules colorés se dissolvent presque en entier et que les noyaux du chyle ne se dissolvent point; leur composition chimique, par conséquent, devrait être différente.

Pour ce qui est des variations de volume des globules colorés, on peut répondre, quand la chose serait, que les noyaux libres ou même à l'intérieur des cellules présentent aussi de grandes différences, et ce serait là plutôt un argument en faveur de leur transformation en globules colorés du sang. Au surplus, dans différents cas de leucocythémie, quoique les cellules incolores se soient montrées plus petites, de même grosseur ou même ayant le double de volume des globules colorés, toujours leurs noyaux correspondaient exactement avec les différentes phases de ces derniers. Quant au second argument produit par ceux qui ne sont point parvenus à découvrir des formes de transition dans le sang fœtal, je suis persuadé que cela tient à ce qu'ils ont porté leur attention sur les cellules incolores elles-mêmes, plutôt que sur leurs noyaux. Pour ma part, je n'ai jamais manqué d'observer tous les changements dont il a été question plus haut, non seulement dans le sang de l'embryon mais même dans celui de l'adulte. A propos de la troisième objection concernant la différence de composition chimique, il est à remarquer, qu'au moment où les corpuscules du chyle pénètrent dans la circulation par la veine jugulaire ou par la sous-clavière gauche, ils passent immédiatement à travers l'artère pulmo-

naire dans les poumons et que là ils subissent, au contact de l'oxygène, des transformations chimiques que nous ne connaissons guère.

Certains physiologistes ont supposé que les globules prennent couleur avant d'entrer dans la circulation pulmonaire, parcequ'on voit des globules jaunes dans l'extrémité supérieure du canal thoracique. Mais, lors de toutes ces recherches le sang se trouver nécessairement en contact avec l'air, et je crois utile d'ajouter à ce propos, que j'ai pu souvent confirmer l'observation d'Emmert, à savoir, que le coagulum du chyle, d'abord dépourvu de toute coloration, prend une teinte rosée au contact de l'air. Je me garderai pourtant d'émettre aucune opinion sur ce sujet, croyant que la chimie ni la physiologie ne nous ont pas encore appris comment ni où l'hématine se produit. Quels que soient, cependant, les modifications subies par les corpuscules de la lymphe lors de leur passage dans les poumons, il n'en faut pas moins reconnaître que c'est là que doivent se produire les transformations chimiques en vertu desquelles ces corpuscules incolores et insolubles dans les glandes lymphatiques et dans le chyle deviennent colorés et partiellement solubles une fois dans le torrent de la circulation.

Moleschott (1) ayant constaté une augmentation dans le nombre des cellules incolores du sang de grenouilles auxquelles il avait enlevé le foie, suppose que c'est dans cet organe que se produit la coloration du sang. Chez l'homme, nous avons vu que les affections organiques du foie s'associent fréquemment avec l'hypertrophie de la rate dans la leucocythémie, mais dans beaucoup de ces derniers cas, le foie était resté parfaitement normal, alors même que le sang présentait une altération très avancée. Au surplus, on comprendrait difficilement qu'une fonction chimique aussi importante fût dévolue à cet organe.

Destination finale des globules du sang. — On observe fréquemment dans la rate de tous les animaux des groupes de globules sanguins entourés d'un dépôt albumineux ressemblant à s'y méprendre à une paroi cellulaire. Cette observation a prêté à des interprétations différentes. Pour Gerlach ce sont de nouveaux globules sanguins en voie de formation dans une cellule mère (2). Kölliker (3) et Ecker (4) prétendant que ce sont au contraire de vieux globules qui, après avoir rempli leurs fonctions dans l'organisme, sont déposés finalement dans la

Fig. 561.

(1) Archives de Muller. Hept. I, 1853.
(2) Handbuch der Algemeine und speciellen Gewebelehre, etc., s. 53.
(3) Mikroscopische Anatomie, etc., 2 Band, s. 282.
(4) Wagner Handwörterbuch. Art. Blukgefassdrüsen.

Fig. 561. Cellules à noyaux simples et multiples; un grand nombre des derniers sont exactement semblables quant à la forme et à leur couleur, aux globules du sang. La préparation provient d'une rate humaine. 250 *diam.*

rate pour y être dissous. Je regarde ces grandes cellules contenant plusieurs noyaux colorés, comme des cellules lymphatiques, lesquelles, dans des circonstances spéciales, acquièrent un surcroît de développement et deviennent le siége d'une multiplication endogène de noyaux. Elles s'observent d'ailleurs communément encore dans les glandes méséntériques et dans les glandes lymphatiques, spécialement quand elles s'hypertrophient par l'effet d'une irritation de voisinage telle qu'une inflammation, un dépôt cancéreux et surtout dans la fièvre typhoïde. Un surcroît de développement du même genre s'observe parfois également dans les cellules épithéliales des vésicules pulmonaires, dans certaines espèces de pneumonie, dans les cellules de revêtement des plexus choroïdes dans l'hydrocéphalie, dans les cellules épidermiques, dans le cancer épithélial, enfin dans le pus. D'ailleurs, que les corpuscules sanguins extravasés puissent se réunir en groupes et s'entourer ensuite d'un dépôt albumineux ressemblant beaucoup à une membrane cellulaire, c'est là un fait pathologique d'une grande importance (1). Ils ressemblent de très près, il est vrai, à des cellules lymphatiques avec des noyaux en voie de se multiplier, mais ils en diffèrent selon moi en ce qu'ils sont plus colorés. J'en ai observé non seulement dans la rate, mais encore dans d'autres glandes et spécialement dans le cerveau, à la suite d'extravasations sanguines spontanées et artificielles (voir fig. 353 et 354, t. I, p. 320). Cependant, on ne soutiendra point, sans doute, que la fonction normale de ces organes, devenus le siége de ces formations accidentelles, soit de dissoudre les corpuscules du sang. Enfin il résulte des nombreux faits allégués ci-dessus, que la rate est bien plus probablement une glande concourant à la formation du sang, qu'à sa destruction.

La théorie le mieux en rapport avec les faits, est à mon avis, d'admettre que les globules du sang se dissolvent dans le plasma, et, avec les matériaux de déchet des tissus recueillis par les lymphatiques, servent à former la fibrine.

Les divers faits exposés ci-dessus nous autorisent, je pense, à tirer les conclusions suivantes :

1° Les corpuscules sanguins des vertébrés se forment originairement dans le système glandulaire lympathique, et la majeure partie de ces corpuscules en pénétrant dans la circulation se colorent, nous ne savons encore comment. Les corpuscules sanguins peuvent donc être considérés comme un produit de sécrétion des glandes lymphatiques, encore que chez les animaux d'un ordre plus élevé ils n'arrivent à leur entier développement qu'après avoir pris couleur au contact de l'oxygène dans les poumons.

2° Chez les mammifères le système glandulaire lymphatique se compose de la rate, du thymus, du corps thyroïde, des capsules surrénales et des glandes pinéale, pituitaire et lymphatiques.

(1) Voir un article du Dr Sanderson, sur la métamorphose des corpuscules colorés du sang, etc., Monthly journal, septembre et décembre 1851.

3° Chez les poissons, chez les reptiles et chez les oiseaux, les corpuscules colorés du sang sont des cellules à noyau provenant de ces glandes, mais chez les mammifères, ce sont des noyaux libres issus directement des glandes ou développés à l'intérieur des cellules incolores.

4° Dans certaines hypertrophies des glandes lymphatiques chez l'homme, les éléments cellulaires de ces glandes se multiplient excessivement et pénètrent dans le torrent circulatoire où ils augmentent le nombre des globules incolores. Par compensation il survient une diminution dans la formation des noyaux libres et par conséquent des corpuscules colorés. Cet état de choses constitue la leucocythémie.

Depuis la publication de mes recherches sur ce sujet, en 1856, des observations de divers genres sont venues les confirmer. Holland (1) et Neale (2) ont montré que beaucoup de sujets atteints de bronchocèle ou goitre, ont le sang leucocythémique. Dans les deux seuls cas de maladie des capsules surrénales d'Addison où le sang ait été examiné au microscope, les cellules incolores avaient augmenté de nombre. Dans un cas de dysentérie, avec épaississement de la muqueuse du petit intestin, j'ai constaté de la leucocythémie (obs. XCI).

On a voulu diviser la leucocythémie en plusieurs variétés. Ainsi, Virchow parle d'une leucocythémie splénique et d'une leucocythémie lymphatique. Pour être logique il faudrait distinguer encore des variétés thyroïdes, surrénales, intestinales, mésentériques etc., suivant les organes qui auraient contribué à produire l'altération du sang. Bien plus, on devrait faire des formes hypertrophique, tuberculeuse, cancéreuse, dysentérique et anémique suivant que les glandes sanguines sont simplement augmentées de volume, envahies par des tubercules ou du cancer, associées à la dysentérie ou à l'anémie. Ces distinctions, selon moi, n'ont aucune portée scientifique ni pratique. Les différentes glandes sanguines contiennent toutes des éléments qui une fois multipliés, pénètrent dans le courant sanguin et produisent la leucocythémie. Elles constituent un système défini d'organes et une affection quelconque de l'une d'elles peut affecter la composition histologique du sang. Un point très important à élucider, c'est, selon moi, pour quelles raisons dans certains cas où ces glandes sont malades, il y a tantôt leucocythémie et tantôt le sang reste normal, en outre pourquoi la simple anémie coïncide-t-elle, comme l'a fait observer Beunak, avec une augmentation du nombre des globules incolores dans le sang?

Un cas intéressant de diagnostic différentiel s'est offert dans l'automne de 1852, doublement intéressant car j'eus l'occasion de voir assister à ma démonstration les Dr Hannover, de Copenhague, et Sharpey, de Londres. Il s'agissait d'une femme portant une tumeur dans le flanc droit; deux accoucheurs éminents avaient émis un diagnostic différent, l'un s'était

(1) *Journal of Microscopical Science*, vol. I, p. 176.
(2) *Médical Times and Gazette*, vol. VIII, p. 130.

prononcé pour une affection de la rate, l'autre pour une tumeur de l'ovaire. M'étant offert à examiner le sang au microscope je trouvai avec non moins de satisfaction que de surprise une multitude de globules incolores dans le sang. Dès lors le diagnostic n'était plus douteux, et il s'agissait bien d'une hypertrophie de la rate.

Pour ce qui est du traitement, je dois le dire, aucun des moyens que j'ai essayés ne m'a donné le moindre résultat direct dans les cas de leucocythémie franche avec engorgements glandulaires prononcés. Le fer, le quinquina, le chlorure et l'iodure de potassium, enfin une foule d'autres agents inutiles à mentionner, y compris l'application de teinture d'iode à l'extérieur, n'ont produit le moindre effet. Cependant j'ai vu déjà un certain nombre de cas où, à la suite d'un traitement général rationnel, les glandes hypertrophiées ont diminué de volume, et le sang s'est rapproché peu à peu de l'état normal. J'en citerai comme exemples les observations CXCVI et CCVIII. Les principales indications thérapeutiques, cependant, procéderont d'ordinaire, dans les cas avancés, des complications accidentelles, et parmi ces dernières je placerai en première ligne la diarrhée et les épistaxis. On les combattra surtout à l'aide des astringents, des toniques, d'une bonne alimentation et des stimulants, en un mot par tous les moyens propres à soutenir les forces de l'économie.

Découverte de la leucocythémie.

En 1854, le prof. Kölliker de Wurtzbourg, fit paraître dans le numéro d'octobre du *Monthly Journal of Medical Science*, un article destiné à faire connaître aux médecins anglais l'histoire de la découverte de la leucocythémie, au moins *l'histoire telle qu'on l'entend en Allemagne* où l'on fait plein droit, cela va de soi, aux prétentions du prof. Virchow. Il m'importait donc de rétablir la vérité des faits.

Le professeur Kölliker croit nous apprendre que la première observation de leucocythémie remonte à 1845 et a été faite par le Dr Craigie ; je renchérirai même sur l'ancienneté de la dite observation, puisqu'elle fut faite en 1841 ; seulement, le Dr Craigie l'a déclaré lui même, il n'aurait pas songé à la publier si la description de mon premier cas ne lui en avait donné l'idée. « Je ne l'avais jamais publiée, dit-il, et si je le fais maintenant, c'est notamment à cause de l'occurrence d'un cas semblable sous presque tous les rapports observé par un autre médecin dans le même hôpital, observation conduisant aux mêmes résultats et venant confirmer les conclusions que j'avais déjà déduites » — Edin. Med. and Surg. Journ. vol. LXIV, p. 204.

Le professeur Kölliker se donne beaucoup de peine pour montrer que le Dr Craigie et moi entretenions les mêmes opinions à l'égard des deux cas, et que mon observation postérieure à celle de mon confrère « n'avait apporté aucun élément nouveau dans la question. » Il ajoute ensuite que Mr Virchow fut le premier à signaler 1° « l'absence absolue de trace d'inflammation dans les veines, etc. » Rien n'est plus inexact. Le Dr Craigie émettait deux hypothèses sur l'origine probable de l'affection. « Il serait à la rigueur possible, dit-il, qu'un *acte d'inflammation* quelconque se soit produit dans les veines mésentériques ou dans des rameaux tributaires et que *la matière purulente et la lymphe ainsi formés* aient été entraînés avec le sang jusque dans la veine cave, dans le cœur et dans les vaisseaux cérébraux. 2° Une autre

opinion me semble pourtant plus probable et mieux en rapport avec les faits relatés dans l'observation. Considérant que la rate a été durant quelque temps, même durant plusieurs semaines, dans un *état d'inflammation chronique*, et eu égard aux gros vaisseaux au moyen desquels cet organe est en rapport avec d'autres, je serais tenté d'admettre que ce *processus inflammatoire* de si longue durée et si difficile à faire disparaître, a fini par donner lieu à la formation de lymphe et de matière purulente, et que ces produits à mesure qu'il se formaient étaient immédiatement emportés avec le sang à travers les veines et distribués ensuite dans toute l'économie en y provoquant l'assemblage particulier de symptômes que nous avons constatés peu de jours avant la mort du sujet » (p. 409). Ces citations établissent nettement que le Dr Craigie considérait bien l'affection du sang comme secondaire et dépendante de l'absorption de pus à la suite d'une lésion inflammatoire soit des veines mésentériques soit de la rate.

L'opinion émise par moi était toute différente ; c'est-à-dire que la maladie du sang était primitive, n'ayant pas de cause en dehors de ce liquide, et totalement indépendante d'une inflammation locale, notamment de toute inflammation des veines. Les extraits suivants de mon article le prouvent suffisamment. « Ainsi dans l'état actuel de nos connaissances à ce sujet, le cas suivant me semble posséder une valeur particulière, puisqu'il sert à démontrer l'existence d'une production générale de pus dans le système vasculaire *indépendamment d'aucune collection purulente locale d'où il aurait pu provenir* (pp. 413; 414) et plus loin : On a longtemps considéré la présence du pus comme un signe essentiel sinon comme le plus caractéristique d'une inflammation aiguë antérieure. Cependant, dans le cas qui nous occupe, quel était l'organe récemment enflammé? *Il n'en existait aucun*. Piorry et son école ont bien parlé d'une inflammation du sang, d'une véritable hématite ; et, certainement, si nous pouvions croire à une semblable lésion, nous regarderions ce cas comme en fournissant un exemple. Cependant, pas n'est besoin d'une longue dissertation pour montrer que *semblable idée est absolument contraire à ce que nous connaissons des phénomènes de l'inflammation*, » (p. 421). Ces citations montrent clairement que je séparais bien cet état du sang de toute inflammation préexistante d'un tissu quelconque ; or, cette distinction n'avait jamais été faite jusqu'alors. Je faisais ainsi de cet état morbide quelque chose de tout différent de la pyohémie, telle qu'on l'entendait à cette époque. J'établissais donc une maladie du sang nouvelle — essentiellement primitive. Je décrivis avec soin toutes les lésions pathologiques que Virchow a seulement eu la peine de vérifier après moi. J'ai mis trois jours entiers à déterminer les caractères histologiques de tous les tissus et à démontrer le fait important que les corpuscules incolores du sang, sur la description desquels je m'étendis suffisamment, ne se rapportaient pas à une inflammation antérieure. Malgré cela, le professeur Virchow n'a rien négligé pour faire croire en Allemagne, que j'avais considéré ce cas comme étant une pyohémie ordinaire ou une résurption purulente. Quant à Kölliker, il va plus loin encore dans son article : mon observation n'avait rien révélé qui n'eut été déterminé déjà par Craigie et par Reid. Pour montrer avec quelle connaissance de cause le professeur de Wurtzbourg produit ses affirmations, je ferai observer que le Dr Craigie ne s'est jamais occupé d'histologie et n'a, de sa vie, manié un microscope. N'est-ce donc point le comble de l'absurde, ou de la mauvaise foi d'affirmer d'une façon aussi absolue que les recherches du Dr Craigie n'auraient fait que me servir de guide ? Mais, dira-t-on, la partie histologique a été traitée par le Dr John Reid. Les registres pathologiques existent à l'Infirmerie et peuvent être consultés ; le Dr Reid était à cette époque chargé des nécropsies et par conséquent de la rédaction de ces notes pathologiques ; or, en fait de recherches microscopiques relatives à ce cas, il est seulement fait mention de « globules de matière purulente et de lymphe. » A ces seuls mots se bornent toutes les recherches du Dr Reid en cette matière, et

sans aucun doute, il n'en aurait jamais été question si moi-même je n'en eusse signalé au Dr Craigie toute l'importance; du reste, j'ai à plusieurs reprises parlé de ce cas au Dr Reid lui-même; il ne se rappelait aucunement d'avoir examiné le sang au microscope et moins encore d'en avoir fait l'objet d'une annotation. En un mot, cette autopsie n'avait pas fixé son attention plus que cent autres dont les particularités sont consignées dans les registres pathologiques, et qui peuvent renfermer également le germe d'une foule de découvertes au sujet desquelles il serait toujours facile d'entamer de semblables controverses. Le fait est que ni le Dr Craigie ni le Dr Reid n'avaient point songé à rapporter ces globules de matière purulente et de lymphe à une cause différente de l'absorption purulente; jamais, d'ailleurs, ils n'ont élevé de prétention à la découverte de la leucocythémie.

Mais pour en revenir au prof. Virchow, quels sont ses titres d'après Kölliker? Ce n'est au moins pas la découverte du fait ni de l'existence d'un grand nombre de corpuscules incolores dans le sang indépendamment de toute inflammation. Tous les détails histologiques, l'aspect blanc du sang (sang blanc), l'absence de traces quelconques d'inflammation, enfin la séparation de cet état pathologique de tous ceux connus jusqu'alors, tout en un mot a été soigneusement décrit dans mon article paru le 1er octobre 1845; bien plus, il n'est pas un fait qui n'ait été confirmé dans la suite par divers observateurs, (voir obs CXV). Sans contredit, cette description de symptômes et de lésions pathologiques, que j'ai rapportés à une nouvelle maladie du sang, ce que personne n'avait jamais fait avant moi, constitue toute la partie essentielle de la découverte. D'un autre côté, l'article de Virchow qui ne contenait d'ailleurs qu'une courte et comparativement imparfaite description d'un cas de sang blanc, l'aspect blanc particulier de ce liquide étant le point principal sur lequel il insiste, cet article, dis-je, n'a paru que dans le second numéro de novembre des Notizen, pour ne pas dire plus tard encore, car, comme chacun sait les journaux de médecine allemands paraissent toujours assez longtemps après la date qu'ils portent. Tout le mérite de Virchow se borne donc à avoir donné aux faits une interprétation différente de la mienne, interprétation dont j'avais du reste indiqué la possibilité. Quant au fait, j'ai décrit les corpuscules tels que je les avais constatés, mais j'eus soin de remarquer très-expressément qu'ils n'étaient la conséquence ou le produit d'aucune inflammation. Encore une fois, il s'agissait bien là d'une maladie que personne n'avait encore décrite et que le premier j'ai signalée, peu importe d'ailleurs le nom qu'il faille donner aux éléments anatomiques essentiels de la lésion. Je pourrais d'ailleurs discuter longuement sur les analogies de forme et de composition entre les cellules incolores du sang et les globules du pus, mais les théories ne sauraient rien changer aux faits et toutes la question consiste à savoir si j'ai exactement décrit ces derniers.

Un autre point m'a péniblement surpris dans l'article de M. Kölliker, c'est lorsqu'il dit que dans le Monthly Journal de 1851, comme aussi dans ma monographie de 1852, je me suis abstenu de revenir sur mes opinions premières, et de plus, que je n'ai pas accordé la moindre attention aux travaux de Virchow. Rien n'est moins exact; les lésions que j'ai décrites, je les ai toujours vues de la même manière; seulement jamais avec les interprétations que Kölliker et Virchow m'ont prêtées. Quant aux travaux de Virchow, je les ai toujours tenus en grande estime; ses observations ont puissamment contribué à élucider ce sujet, mais ce que je lui conteste c'est la découverte de la leucocythémie et partant le mérite de lui avoir assigné sa place dans le cadre de la pathologie. Bref, tout lecteur désintéressé et qui veut s'en donner la peine se convaincra facilement que la découverte de la leucocythémie et le développement successif des idées concernant sa nature se divisent naturellement en trois périodes distinctes :

1. Professeur Bennett. — *1r Octobre*, 1845. Description d'un nouvel état morbide du sang consistant dans la présence d'une multitude de corpuscules incolores, semblables à ceux du pus, altération associée avec l'hypertrophie du foie et de la rate et présentant après la mort des caillots blancs particuliers. Tout cela se rencontre en l'absence d'aucune trace d'inflammation des tissus et notamment en l'absence de la moindre apparence de phlébite. Ces corpuscules se sont formés dans le sang lui-même.

2. Professeur Virchow. — *Série d'articles, depuis la seconde moitié de novembre* 1846 *jusqu'en* 1847. Confirmation des faits qui précèdent, seulement la présence des corpuscules est attribuée à la multiplication des globules incolores du sang. Nouvelles observations, une entre autres où le même état du sang se rencontrait avec l'hypertrophie des glandes lymphatiques, mais en l'absence de tout hypertrophie de la rate. L'origine des globules incolores est rapportée aux glandes lymphatiques. La dénomination de leukhémie ou sang blanc est proposée pour désigner cette affection.

3. Professeur Bennett. — *Série d'articles en* 1851, *et mémoire spécial, in* 8°, *Edinburgh*, 1852. Exposé systématique complet du sujet. Observations et faits additionnels, s'appuyant sur des analyses chimiques du sang. Enoncé de la doctrine que les glandes lymphatiques et les glandes sans conduit sécrètent le sang. Proposition du terme leucocythémie et relation de cette maladie avec d'autres états pathologiques; nouveaux points de vue pratiques.

On le voit donc, si je réclame mes droits à la découverte de la leucocythémie et l'honneur de lui avoir donné un nom scientifique exact, je suis loin de vouloir rejeter dans l'ombre les travaux de Virchow ou en amoindrir aucunement la valeur.

Mais puisqu'il est question de procédés, voyons ceux de Virchow. Les rectifications que j'ai publiées et dont on vient de voir un résumé, l'ont-elles fait revenir sur ses assertions premières? Loin de là. Quoique son article n'ait paru que plus de six semaines après le mien, c'est toujours lui qui a observé le premier cas. Ainsi dans son « Gesammelte Abhandlungen », daté de 1856, nous lisons; Vers le même temps où je publiai mon observation, deux cas semblables furent signalés à Edinbourg, »... Plus loin il coordonne les faits de la manière suivante: *Un premier cas observé par moi,* un second publié par David Craigie et un troisième par John Hughes Bennett. » Vogel également, dans une revue médicale de 1852, publiée dans Canstatt Jarbücher cite comme ayant paru les premiers les articles de Virchow dans le vol. V des Archiv; en second lieu ceux que j'ai publiés dans le Monthly Journal; enfin mon ouvrage « On leucocythémia ». Voyons quelles sont les dates réelles? Mes nouveaux articles ont paru en 1851, avec les premières analyses du sang faites par le Dr Wm Robertson; mon ouvrage porte la date du mois de mars 1852 et le travail de Virchow, avec les analyses chimiques du Professeur Scherer n'a paru qu'au mois d'août 1852.

Ce n'est point en Allemagne seulement que l'histoire a été ainsi falsifiée; en France également et jusqu'en Angleterre, sans doute sur la foi de Virchow et de ses amis, les mêmes erreurs ont eu cours ou même ont été grossies. Au reste, s'il n'était question que de dates, la première observation de Virchow serait loin d'avoir droit à la priorité; de loin en loin des cas semblables ont dû se présenter et je pourrais citer entre autres une observation par Duplay dans les Archives générales de médecine, 2e série, vol. XXVI, p. 223, 1851. Barth a observé un cas du

Digitized by Google

même genre en 1836; seulement il ne fut publié qu'en 1856, par Vidal, alors que ce sujet avait déjà été suffisamment approfondi.

Voilà pour les dates; abordons à présent les observations ou plutôt leur interprétation. A l'époque où je publiai l'observation CCV, le 1er octobre 1845, les questions de la pyohémie et de l'inflammation attiraient vivement l'attention des pathologistes et des praticiens. Quelques uns, comme Addison et Williams, soutenaient que l'augmentation du nombre des cellules incolores du sang était la cause de l'inflammation. Piorry parlait d'une hématite ou d'une inflammation primitive du sang. D'autres parlaient de pyohémie ou de sang purulent, et ces derniers se demandaient si le pus entrait dans le sang par métastase, par absorption ou comme le résultat d'une phlébite. Le sujet de l'inflammation et tout ce qui s'y rattachait attirait également toute mon attention. Il était donc bien naturel qu'en présence d'un cas extraordinaire comme celui-là, mes recherches se dirigeassent dès d'abord de ce côté afin de déterminer s'il n'existait pas quelque relation entre ce processus morbide et les lésions que j'avais devant moi. Cependant, quoique l'on eût jusque là rattaché des altérations de ce genre à une inflammation ou au ramollissement des caillots si bien décrit par Gulliver en 1839, je démontrai péremptoirement qu'aucune de ces deux explications n'était applicable à mon cas. Il est vrai que j'ai désigné sous le nom de corpuscules de pus les cellules que je venais de découvrir, par la raison qu'elles en présentaient tous les caractères, mais j'affirmais en même temps d'une manière très explicite que ces corpuscules n'étaient point le produit d'une inflammation. C'était bien là encore une opinion toute nouvelle et annoncer un état morbide dont personne n'avait encore parlé. La chose importante à mes yeux, dans l'état où la science était alors, c'est d'avoir démontré qu'il n'y avait dans ce cas aucune inflammation quelconque, soit primitive, soit secondaire, pas de foyer de suppuration dans aucun organe, ni phlébite, ni hématite, ni métastase ni enfin aucun signe d'absorption de pus. Ces corpuscules n'ayant donc pu venir du dehors ni des parois des vaisseaux, il s'ensuivait qu'ils étaient une production primitive du sang lui-même; je désignai donc cet état du sang comme une espèce de « suppuration indépendante de l'inflammation », idée assez neuve puisque tout le monde était habitué à considérer invariablement la suppuration comme étant un produit de l'inflammation.

Quoi qu'il en soit du nom sous lequel on veuille désigner ces corpuscules, ce nom ne me paraît avoir, aujourd'hui comme alors, qu'une importance toute secondaire, du moment qu'on est fixé sur la signification qui s'y attache. Appelez les cellules de pus, cellules incolores ou leucocythes, d'après Robin; que le liquide au sein duquel on les trouve soit qualifié de purulent ou de leukhémique ou même encore de leucocytotique (voir Pathologie cellulaire de Virchow), les cellules et le liquide ne changent point pour cela. Mais avoir démontré, peu importe les termes employés, que les cellules et le liquide qui les renferme n'ont aucun rapport avec l'inflammation, tel était le point essentiel en pathologie. Toutefois, je le reconnais, l'emploi des mots pus et suppuration est de nature à induire en erreur ceux à qui l'histologie n'est point familière; c'est pourquoi j'ai proposé le mot leucocythémie ou sang à cellules blanches, expression impliquant simplement le fait sans y rattacher aucune théorie.

Dans le premier article de Virchow publié dans les Notizen de Froriep à la fin de novembre 1845, nous lisons : « Les anciens auteurs ont rapporté de loin en loin des observations dans lesquelles le sang est signalé comme ayant perdu si complètement sa couleur qu'ils le comparent à du lait, à du chyle, à du mucus ou à du pus. La description de ce cas confirmera ces histoires en apparences fabuleuses. »

A la suite de ce préambule vient l'observation à propos de laquelle je ferai une seule remarque, c'est que le fait essentiel sur lequel Virchow attire l'attention, c'est

la couleur du sang, particularité, comme il le dit très bien, parfaitement notée par les anciens. Telle est la raison de son expression de Leukhémie ou sang blanc, qu'il suppose s'être ainsi transformé dans la dernière période de la maladie.

« Il ne faut pas perdu de vue, dit-il, que la toux, la diarrhée et l'œdème se sont montrés avant l'épistaxis et que la remarquable transformation du sang rouge en blanc, *n'a pu arriver à ce degré que dans les derniers moments, car le sang de l'épistaxis fut constamment rouge*. On sait pourtant que dans cette affection le sang n'est jamais blanc durant la vie; les caillots après la mort sont blancs ou incolores, mais on en voit de pareils à la suite de diverses affections quand la coagulation s'opère lentement. Si donc j'ai commis une erreur en appliquant à cet état de choses l'expression de « suppuration sans inflammation, » je demanderai si celle de Virchow n'était pas pour le moins aussi grande de qualifier de sang blanc un liquide qui n'a jamais cette couleur. Au surplus, si le mot suppuration pouvait amener de la confusion en ce qu'il était de nature à faire assimiler le sang ainsi altéré à du pus inflammatoire, le terme employé par le professeur de Berlin entraine une confusion plus grave en confondant cet état pathologique spécial avec ces autres états dans lesquels il a été reconnu que le sang est blanc, graisseux ou chyleux, même par les anciens.

Ainsi, tandis que je m'efforçais de prouver que cette altération pathologique nouvelle était indépendante de l'inflammation, le professeur Virchow tâchait de faire admettre l'existence d'un « sang blanc » lequel, comme il le dit lui-même, avait déjà été observé par les anciens. Il pourrait tout aussi bien, me semble-t-il, d'après des notions contenues dans les œuvres d'Hippocrate, esquisser également la doctrine d'un sang noir, car le fait est que ni l'une ni l'autre de ces altérations ne se rencontrent ailleurs que dans les autopsies. Quant au sang réellement blanc, c'est-à-dire, laiteux ou chyleux, il a été signalé depuis longtemps, mais c'est toute autre chose, et la coloration dépend ici de causes entièrement différentes. Lorsqu'il attribue donc la blancheur du sang aux épistaxis et qu'il parle de cette altération comme s'étant produite peu de temps avant la mort, puisque le sang perdu par le nez conservait sa couleur, il avance des idées qui ne méritent point une réfutation mais qui prouvent bien que c'est la couleur du sang qui attirait principalement son attention.

Les recherches médicales se tournant de ce côté, de nouveaux cas ne tardèrent pas à être observés. Naturellement, le magnifique hôpital de La Charité à Berlin en fournit plusieurs avant qu'il s'en présentât un nouveau à l'Infirmerie d'Edimbourg. Ces observations furent immédiatement publiées par Virchow. Elles tendaient à montrer que l'altération du sang était sous la dépendance de l'hypertrophie de la rate et des ganglions lymphatiques. Le *Medical Zeitung*, autre journal de Berlin, publia dans les numéros XXXIV et XXXVI d'août et septembre 1846 deux articles de Virchow reproduisant trois nouveaux cas recueillis dans les journaux anglais et qu'il ajouta à ceux qu'il avait observés. C'est à cette occasion qu'il fit l'historique remarquable contre lequel j'ai protesté. « *Vers le même temps* où je publiai ma première observation, deux cas semblables furent signalés à Edimbourg, » et ces cas il les range dans l'ordre suivant : « *un premier cas observé par moi* » un second par David Graigie, un troisième par John Hughes Bennett, enfin un quatrième par John Fuller. Que des écrivains français et allemands aient été induits ainsi en erreur concernant la priorité des observations, rien de surprenant. Mais j'étais loin de m'attendre à ce qu'un journal anglais, le *Medical Times and Gazette*, osât venir affirmer solennellement à ses lecteurs, en 1861, alors que ces erreurs avaient été parfaitement rectifiées, que l'observation de professeur Virchow avait paru deux mois avant la mienne, tandis qu'elle a été publiée plus de six semaines après.

Dans son second article, Virchow se propose de « réclamer pour les corpuscules incolores du sang une place dans la pathologie, » et il professe que « chez l'homme

il y a un sang blanc, aussi bien qu'un sang rouge. » Je ferai simplement remarquer ici que l'idée d'attribuer aux globules incolores du sang la cause de certaines maladies avait déjà été produite, notamment par Addison et par Williams, dans la Grande-Bretagne, ces corpuscules incolores avaient donc déjà une place ; en pathologie. Quant à ce qui concerne le sang blanc, (ou pour mieux dire chyleux), dont les anciens avaient parlé, si l'on veut trouver la raison de la couleur dans la présence de ces corpuscules, c'est tout simplement une opinion controuvée. Ce fut dans ce même journal, (Médical Zeitung de janvier 1847) que la relation entre ce prétendu sang blanc et la rate fut agitée. Virchow fait observer que les corpuscules de la rate sont des sacs clos et il les compare au placenta, de sorte que s'ils alimentent les cellules du sang, les principes nutritifs doivent traverser la membrane des sacs pour alimenter ces cellules. « Cependant, ajoute-t-il, ce n'est là qu'une pure vue de l'esprit propre à fournir une base à de nouvelles recherches. » La conclusion logique de tout cela, c'est que jusqu'à ce moment les travaux de Virchow n'avaient encore fourni rien de positif concernant la cause de la leucocythémie.

Dans ses Archiv. für Patholog. Anat. und Physiolog. pour 1848, il fit de nouveau paraître un résumé de ses écrits et produisit une observation nouvelle. L'année suivante, dans les mêmes archives il donnait encore un cas, et voici les conclusions théoriques auxquelles il arrivait concernant les changements qui s'opèrent dans le sang. « Le sang étant un tissu transitoire en voie de développement continu, ayant une substance intercellulaire liquide, contient toujours de jeunes cellules élémentaires. Dans l'état de santé, la plupart de ces cellules se transforment en cellules spécifiques du sang ; les corpuscules rouges se chargeant d'hématine. Dans certaines circonstances anormales, il y a une interruption de développement qui empêche la formation des éléments spécifiques de ce tissu et favorise le développement de jeunes cellules ou de cellules simples non spécifiques. Ces dernières constituent les globules incolores du sang ou les corpuscules de la lymphe. Or, si nous envisageons les conditions dans lesquelles se rencontre une augmentation anormale du nombre des globules sanguins incolores, nous y distinguerons trois différents états du sang : 1° la simple interruption dans la formation des cellules spécifiques (leukémie) avec engorgement chronique de la rate et des glandes lymphatiques ; 2° le changement simultané dans le développement des éléments spécifiques du sang, — les cellules renfermant l'hématine et la fibrine, — dans les inflammations, dans la grossesse et à la suite des saignées répétées ; 3° l'interruption du développement spécifique du sang liée à l'atrophie de ce liquide dans le typhus, dans le choléra et dans l'infection putride ou prétendue pyohémie. »

Je ne vois aucunement dans ces passages où il est indiqué d'une manière positive que les globules du sang tirent leur origine des glandes sanguines ; j'y cherche en vain l'explication des causes de la leucocythémie.

Ce fut seulement en janvier 1851 que je recommençai mes publications sur ce sujet (Montly Journal, de janvier à Octobre 1851) ; j'avais, dans l'intervalle, fait de nouvelles recherches et étudié d'une manière plus approfondie cette affection. Dans ces articles, je m'élevais contre la dénomination de sang blanc (white blood) car elle s'applique proprement au sang laiteux ou chyleux déjà connu des anciens. Je ne désigne plus désormais les cellules en question sous le nom de corpuscules purulents, bien que maintenant toujours leur identité avec ces corpuscules. Je proposai alors le terme *leucocythémie* ou sang à cellules blanches, parce que, comme il a été dit plus haut, il exprime parfaitement le fait sans impliquer aucune théorie ; d'autre part, il évite également la confusion qui pourrait résulter de l'emploi des termes de pus, de suppuration et de sang blanc. Je reproduisis ensuite tous les faits publiés depuis mon observation, et entre autres je traduisis avec soin toutes les observations de Virchow. J'ajoutai au texte de nombreuses gravures sur bois et je

donnai plusieurs analyses du sang que le docteur W. Robertson avait bien voulu faire pour moi. J'y disais que la simple hypertrophie de la rate ne saurait être nécessairement une cause de leucocythémie, à preuve l'existence de cette hypertrophie dans les fièvres intermittentes qui ne font pas augmenter le nombre des cellules incolores du sang. On y trouve en outre un exposé détaillé et systématique des symptômes, la composition chimique et structurale du sang, enfin l'anatomie pathologique de cette affection. Dans un autre travail lu le 2 février 1852 à la Royal Society of Edinburgh, concernant le rôle hématopoïétique de la rate et des autres glandes lymphatiques, je développai plus au long ces divers points, rendant à chacun la justice qui lui était due. Seulement, je n'insistais peut-être pas assez sur le grand mérite de Hewson, quoique j'y dise : « Hewson le premier annonça d'une façon positive que les globules du sang dérivent des glandes lymphatiques ; cependant, ses opinions eurent peu d'adhérents. » Et plus loin : « Hewson comprenait dans le système glandulaire lymphatique : la rate, le thymus et toutes les glandes lymphatiques. Il voyait dans ces organes le lieu où se forment les particules destinées à devenir plus tard les globules du sang ; quant à la rate son rôle principal serait de sécréter la matière colorante qui imbibe ces globules. Cette doctrine admise par certains auteurs allemands a néanmoins été rejetée par la plupart des physiologistes de l'Angleterre, jusqu'en 1852. M. Simon déclare impossible que les globules du thymus puissent passer dans les lymphatiques ou les vaisseaux sanguins, à cause de la membrane limitante dans laquelle ils se trouvent renfermés. » (Nous avons vu que telle était aussi l'opinion de Virchow.) « Cependant Hewson et Astley Cooper ont suffisamment établi la réalité de ce passage. D'ailleurs la pénétration des globules incolores de la rate et des glandes lymphatiques dans la circulation ne laisserait subsister aucun doute à cet égard, quand on réfléchit à ce qui se passe dans la leucocythémie et à cette particularité que le sang de la rate et de la veine porte contient toujours un plus grand nombre de ces globules. » — Je revendique ici pour Hewson le mérite d'avoir le premier attribué l'origine réelle des corpuscules du sang à la rate et aux glandes lymphatiques, et ainsi se trouvent réduites à néant les prétentions de Virchow à cet égard. Mon travail se termine par les conclusions suivantes. « Les divers faits allégués jusqu'à présent nous autorisent, je pense, à conclure : 1° que les corpuscules sanguins des vertébrés se forment originairement dans le système glandulaire lymphatique, et la majeure partie de ces corpuscules en pénétrant dans la circulation se colorent, nous ne savons encore comment. Les corpuscules sanguins peuvent donc être considérées comme un produit de sécrétion des glandes lymphatiques, encore que, chez les animaux d'un ordre plus élevé, ils n'arrivent à leur entier développement qu'après avoir pris couleur, au contact de l'oxygène dans les poumons ; 2° que chez les mammifères, le système glandulaire lymphatique se compose de la rate, du thymus, du corps thyroïde, des capsules surrénales, et des glandes pinéale, pituitaire et lymphatiques ; 3° que chez les poissons, chez les reptiles et chez les oiseaux, les corpuscules colorés du sang sont des cellules à noyau provenant de ces glandes, mais chez les mammifères ce sont des noyaux libres issus directement des glandes, ou développés à l'intérieur des cellules incolores ; 4° que dans certaines hypertrophies des glandes lymphatiques chez l'homme les éléments cellulaires de ces glandes se multiplient dans le torrent sanguin où ils augmentent le nombre des globules incolores. Par compensation il se forme moins de noyaux libres et par conséquent de corpuscules colorés. Cet état de choses constitue la leucocythémie ; 5° que le produit de la dissolution des corpuscules sanguins uni avec les matériaux de déchet provenant de la digestion secondaire des tissus et qui n'est pas converti en albumine, constitue la fibrine du sang. »

C'était bien là, me semble-t-il, donner une théorie nette de la leucocythémie Quelques mois plus tard, dans mon ouvrage *On leucocythemia*, (Edinburgh,

mars 1852) je réimprimai les passages qui précèdent et j'ajoutai plusieurs chapitre additionnels sur cette maladie considérée dans ses rapports avec l'inflammation, l'infection purulente, la phlébite et d'autres états morbides du système glandulaire lymphatique, dans lesquels le sujet était presque épuisé.

Dans le cinquième volume de ses Archiv, pour 1853, et portant la date spéciale de Wurzbourg, 23 août 1852, (six mois après la publication de ma monographie, dont je lui avais envoyé un exemplaire), parut un nouvel et long article de Virchow, dans lequel il reclamait la paternité exclusive de la découverte de tout le sujet; et qu'il s'en considère encore comme l'auteur, j'en trouve une preuve dans les lignes suivantes publiées dans l'édition anglaise de sa pathologie cellulaire, en 1861, s'adressant aux compatriotes de Hewson : « Un assez grand nombre d'années s'écoula (après 1845) durant lesquelles je me trouvai presque seul de *mon opinion*. C'est seulement par degrés et même, j'ai le regret de devoir le dire, par suite de considérations physiologiques plutôt que pathologiques, que l'on s'est rapproché de *ma* manière de voir et que les esprits sont devenus peu à peu accessibles à la notion que dans le cours ordinaire des choses, *les glandes lymphatiques et la rate sont en réalité et immédiatement impliquées dans la production des éléments morphologiques du sang* ». (Cellular Pathology, by Chauce, p. 172, 1860).

Le cinquième chapitre de l'ouvrage de Hewson, contenant un exposé de la manière dont les particules rouges du sang se forment (édition de la société de Sydenham, p. 274), suffit pour reduire tout-à-fait à néant les prétentions de Virchow. Hewson écrit au sujet de la formation des éléments anatomiques du sang (sect. 108, *op. cit.*, p. 285) : « Mais si nous admettons que la rate contribue à former la partie rouge du sang, nous nous expliquons aisément pourquoi on peut exciser la rate d'un animal, et cependant qu'il survive et même n'éprouve que peu d'inconvénient de cette opération ; en effet, quoique *l'office de la rate soit de former les particules rouges du sang*, ce n'est pourtant pas le seul organe de l'économie qui puisse faire cet office, car *nous avons prouvé précédemment* (section 85 et 88) que les vaisseaux lymphatiques aussi contribuent réellement à former la portion vésiculaire; la rate n'est donc point le seul organe qui soit apte à remplir cette fonction, » etc.

Je n'hésite donc pas à le dire, c'est à Hewson (dont le nom n'est pas même prononcé dans la Pathologie cellulaire), et nullement à Virchow que nous devons nos connaissances en cette matière. Il est encore à remarquer que bien qu'il eût parfaite connaissance de mon ouvrage publié en mars 1852, dans lequel il est fait allusion aux idées de Hewson, et où ce sujet est largement développé, il persiste dans la pathologie cellulaire à me représenter comme n'ayant jamais eu d'autre opinion, si ce n'est que la leucocythémie est une pyohémie, sans s'inquiéter en aucune façon que dès le commencement je me sois efforcé de montrer qu'il n'y avait aucune confusion possible avec la pyohémie, expression impliquant absorption du pus dans le sang et empoisonnement consécutif de ce liquide. « Cette conclusion de Bennett, dit-il, n'est certainement pas originale; mais elle se basait sur l'hémitis de Piorry. » Or, on l'a vu, dans mon premier article (1845), je disais de cette même théorie de Piorry, que *semblable idée est absolument contraire à toutes nos connaissances concernant les phénomènes de l'inflammation*. C'était bien là, pourtant, une répudiation assez explicite.

Le principal argument que le *Medical Times and Gazette* trouve en faveur de Virchow, c'est que j'ai désigné sous le nom de corpuscules de pus les cellules que Virchow a appelées corpuscules incolores. Mais Virchow ne nous dit-il point dans sa pathologie cellulaire : « Un globule de pus ne peut se distinguer d'un globule blanc que par son mode d'origine. Si vous ne savez pas d'où il vient, il vous sera impossible de dire ce qu'il est; vous hésiterez tout au moins et vous ne saurez si le globule appartient au sang ou au pus. Dans ce cas, demandez-vous : d'où vient cet

élément? Où est-il né? S'il a été formé hors du sang, vous conclurez sûrement que c'est du pus, mais s'il a été produit dans le sang, vous pouvez être certains que c'est un globule blanc. » (septième leçon, 6 mars 1858). « Comme je vous l'ai fait voir, les globules blancs du sang ressemblent complètement, même chez les gens qui jouissent de la meilleure santé, aux corpuscules du pus. Les globules blancs du sang ressemblent tellement aux corpuscules du pus, qu'il est impossible quand on voit ces éléments sur le champ du microscope, d'affirmer qu'ils appartiennent soit au sang, soit au pus » (neuvième leçon). D'après ces définitions, une cellule qui ressemblerait à une cellule du pus, dans la salive, par la raison qu'elle est née hors du sang, serait un corpuscule de pus et non point une cellule salivaire? Un vaisseau sanguin, rempli d'un liquide jaune épais comme de la crème, renfermant une multitude de cellules impossibles à discerner de celles du pus, ne serait point du pus véritable, par le motif que cette altération se serait produite dans le sang? Ainsi, d'après le professeur Virchow, à l'avenir, les praticiens qui se trouveront en face d'un cas de phlébite puerpérale, en voyant les sinus utérins et les veines du voisinage distentus par du pus, ou les chirurgiens lorsqu'ils verront les veines du bras remplies par de la matière purulente depuis le pli du coude jusqu'à l'aisselle, devront conclure que ce n'est point là du pus! Quant à moi, je maintiens que c'en est, parce qu'il est le résultat de l'inflammation. Voilà la question à se poser. C'est uniquement quand des cellules de cette nature apparaissent en l'absence de toute inflammation, qu'il est permis d'y voir une lésion d'une nature nouvelle, ce que j'ai établi dès l'abord. Mais, dira-t-on, ce n'était point du pus mais de la leucocythose. Cette nouvelle expression du professeur Virchow signifie production de cellules blanches; pour être logique il faudrait pouvoir appliquer ce terme à la plupart des transformations embryoniques, à la sécrétion salivaire, à une gonorrhée ou à un abcès, attendu que dans tout cela il y a formation de cellules incolores. Semblable confusion d'idées et de mots ne saurait jamais être imposée en pathologie. Rien n'autorise à affirmer l'existence d'un sang blanc, à moins que par là on ne veuille désigner le sang chyleux ou lactescent des anciens auteurs, chez qui Virchow a pris cette idée. Le terme de leucocythémie ou sang à cellules blanches est le seul qui soit applicable à la lésion dont il s'agit.

De tout ce qui vient d'être dit, il résulte : 1° que le Professeur Virchow n'a aucun droit à s'attribuer la paternité de la découverte de la leucocythémie, en matière de fait ou d'observation, car le premier cas de cette affection avait été décrit et publié par moi avant qu'il y eût jamais songé; j'avais d'ailleurs séparé nettement cette altération de toutes les autres lésions connues en l'intitulant « suppuration du sang indépendante de toute inflammation, » idée tout-à-fait inconnue jusque-là. 2° Qu'il n'est pas fondé dans ses prétentions, parce qu'il aurait employé l'expression de « sang blanc » attendu que les anciens avaient déjà parlé de ce dernier et qu'il est connu dans la science comme le sang chyleux ou lactescent des auteurs. On pourra juger de la confusion qu'entraîne l'application de ce terme à la leucocythémie si l'on veut relire la discussion qui eut lieu le 29 janvier 1856, à l'Académie de Médecine de Paris, dans laquelle les plus distingués chimistes déclarèrent qu'ils étaient familiarisés avec cet état du sang, longtemps avant que Bennett et Virchow eussent écrit sur cette matière. 3° Qu'il ne saurait s'appuyer sur ce qu'il aurait donné le moyen de différencier les corpuscules incolores du sang, d'avec les corpuscules du pus, attendu qu'il proclame lui-même leur identité. 4° Enfin, qu'il n'a aucun titre à réclamer du chef d'avoir le premier signalé que les corpuscules du sang, incolores ou colorés, proviennent de la rate et des glandes sanguines, puisqu'il ressort à l'évidence que près de cent ans avant lui, Hewson l'avait écrit, et qu'il serait injuste, comme je l'ai dit, d'attribuer au savant allemand un honneur qui revient tout entier à notre compatriote.

Cependant, tout en demandant pour chacun son droit, je suis le premier à recon-

naître les services que Virchow a rendus à la science en cette occasion, par son activité en publiant un grand nombre de cas intéressants, grâce à sa position privilégiée de professeur de pathologie, attaché au grand hôpital de la Charité, à Berlin. Il est seulement regrettable que, non-content du mérite réel qu'il s'est acquis en aidant au développement de ce point de pathologie, il ait voulu s'attribuer la paternité d'une découverte qui ne lui appartient point, et qu'il ait celé ou dénaturé les opinions et les travaux de ses prédécesseurs dans cette voie de recherches.

M. Isambert, dans son article « Leucocythémie » du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, 1869, voulant donner quelque couleur aux prétentions de Virchow, tout en admettant que j'ai incontestablement pour moi la priorité en fait de publication, fait les réflexions suivantes. « Mais en matière de découverte médicale, il ne faut pas considérer seulement la rencontre fortuite d'un fait, ni même la description exacte des lésions ou des données cliniques; il faut surtout envisager l'interprétation qui en a été donnée, la relation exactement établie entre les lésions anatomiques et les symptômes, et surtout la conception nettement exprimée d'une maladie nouvelle, différant de ce que l'on connaissait auparavant : en un mot, la notion d'une entité morbide nouvelle, devant prendre son rang dans la nosographie, et non plus celle d'un cas rare, exceptionnel, qui se trouve en dehors des faits connus de la pathologie. » (Page 359) Afin de donner plus de poids à ce plaidoyer spécial, il n'accorde aucune valeur à mon idée première, que la suppuration du sang ne se rattachait à aucune inflammation et *par conséquent* constituait une nouvelle maladie du sang; bien plus, il dénature la signification logique de mes expressions, en m'attribuant l'idée d'avoir vu, dans l'altération que je décrivais, une infection purulente ou une pyohémie (page 360), bien que dès l'abord j'aie catégoriquement répudié cette opinion. Enfin, il fait savoir que j'adopte les idées de Virchow, relativement aux fonctions de la rate et des glandes lymphatiques, dans l'ouvrage que j'ai publié en mars 1852 ; mais il ne mentionne point que l'article du pathologiste allemand a paru six mois après mon livre, le 23 *août* 1852. (Voir *Archiv für Pathologische Anatomie.* Band 5, 1853). L'auteur de l'article du Dictionnaire puise ensuite ses citations dans le huitième volume des archives, et dans les *Gesammelte Abhandlungen,* publiés en 1856, et tout cela, sans doute, pour prouver que j'avais copié mes idées en 1852 dans les écrits du pathologiste de Berlin, parus quatre ans plus tard ! Faut-il voir dans tout cela une confusion d'idées ou une suppression de dates préméditée? (Voir l'article du Dictionnaire encyclopédique, page 362, et spécialement page 348). Naturellement, il s'est bien gardé de faire la moindre allusion aux idées de Hewson, que j'ai ravivées dans mon travail de 1852, idées qui renversent de fond en comble l'échafaudage d'arguments spécieux et sans fondement, à l'aide duquel M. Isambert cherche à étayer les prétentions de Virchow.

Dans une monographie récente sur la leukémie, par le Professeur Friedrich Mosler, de Greifswald, parue en 1872, je retrouve le même parti pris de dénaturer les faits, et notamment cette habile manière de dire « *vers le même temps,* (fastgleichzeitig — 1845), Virchow et Bennett observaient un cas, etc. » (page 3), et l'auteur ajoute encore à la confusion, lorsqu'en parlant de la bibliographie, à propos de la question historique (p. 15), il mentionne mon article comme ayant paru en octobre 1846, au lieu d'octobre 1845 ! Tels sont les tristes expédients auxquels ont recours certains écrivains, pour représenter la leucocythémie comme une découverte allemande.

CHLOROSE ET ANÉMIE.

Obs. CCIX (1). — *Chlorose et anémie. — Guérison.*

Commémoratif. — Lilias Ross, 19 ans, servante d'hôtel, admise le 13 octobre 1856, a été réglée la première fois à l'âge de seize ans, et ses périodes menstruelles sont toujours revenues régulièrement jusqu'à l'année dernière. Elles cessèrent alors et elle éprouva de l'affaiblissement, des palpitations accompagnées de douleurs sous le sein gauche, du manque d'appétit et du malaise après les repas. Elle quitta son service durant six semaines et tout rentra dans l'ordre. Elle revint encore à l'hôtel, et, au bout de quatre mois, les mêmes symptômes reparurent. Elle fait remonter son indisposition actuelle à la dernière époque de ses règles, il y a quatre semaines.

Symptômes a l'entrée. — Cette jeune fille paraît bien conformée, non amaigrie; elle a la peau blanche, le teint pâle, un peu verdâtre, ayant une sorte de transparence cireuse. La poitrine et les mamelles sont le siége de quelques taches de pityriasis versicolor. Il survient parfois des palpitations. L'impulsion cardiaque se produit dans sa situation normale et avec son énergie ordinaire. Un bruit de souffle doux bien distinct existe au premier temps, avec un maximum d'intensité à la base de l'organe ; il se propage le long de l'aorte et des grosses artères. Sur le trajet des carotides, au-dessus des clavicules, on entend un double bruit de souffle qui se transforme en un bruit de diable continu, pour peu qu'on appuie avec le stéthoscope. Pouls à 100, mou. Langue pâle et flasque; appétit défectueux; les aliments provoquent un sentiment douloureux de pesanteur accompagné de distension de l'estomac; pas de vomissements ni de flatuosités; parfois, sentiment de constriction à la gorge; constipation vaincue seulement par des laxatifs depuis quelques semaines. Eblouissements et vertiges fréquents; céphalalgie assez rare; pas d'irritation spinale, mais grande faiblesse dans les reins et sentiment de fatigue et de pesanteur tels dans les membres que la marche en est presque difficile. Les règles qui auraient dû revenir ces jours derniers ne se sont point montrées. Elles n'ont jamais été abondantes ni accompagnées de douleurs. Urine normale. Système respiratoire intact. 12 *pilules de rhubarbe composée; en prendre deux à l'heure du coucher, tous les trois jours.* Pr. *Citrate de fer*, 4 *grammes. Sirop et teinture d'écorces d'oranges, de chaque* 4 *grammes. Infusion de* colombo, 120 *grammes. M. En prendre une cuillerée à soupe trois fois par jour.*

Marche de la maladie. — 25 *octobre.* La malade a repris un peu de force et se promène dans la salle. La moindre cause excite encore des palpitations. Parfois le bruit de souffle carotidien est double, d'autres fois continu et très fort. Afin de rappeler le flux menstruel on fait *appliquer quatre sangsues à la vulve, suivies d'un bain de siége.* — 10 *novembre.* Les forces reviennent progressivement, mais il y a des alternatives sous ce rapport; les palpitations et la douleur sous le sein gauche sont parfois très violentes, mais disparaissent tout-à-fait en d'autres moments. Le bruit de souffle doux à la base du cœur a cessé d'être perceptible, mais le bruit de diable persiste sur le trajet des vaisseaux cervicaux. — 25 *novembre.* Le bruit de souffle de la base revient encore à la suite d'un exercice un peu inaccoutumé; les bruits carotidiens sont moins intenses. Les règles ne sont pas encore revenues, bien qu'on ait employé au moment présumé de leur retour des bains de pieds et de siége, des sinapismes aux jambes, etc. — 10 *décembre.* La malade a continué l'usage des ferrugineux, elle redevient forte et vigoureuse. Un exercice un peu actif provoque encore le retour d'un faible bruit de souffle. Appétit bon, selles régulières,

(1) Recueillie par M. John Glen, élève du service.

pas de céphalalgie ni de douleurs nerveuses. A part l'aménorrhée qui persiste jusqu'ici, la santé paraît excellente. On lui conseille de retourner quelque temps à la campagne. Sortie.

Commentaire. — Cette fille nous a offert un cas d'anémie et de chlorose bien marqué, dont le fer, les toniques et le repos ont fini par avoir raison. Les cas de ce genre sont extrêmement fréquents dans les salles de femmes, à l'Infirmerie, surtout parmi les jeunes servantes.

On a beaucoup discuté sur la nature des bruits anormaux perçus à la base du cœur et sur le trajet des gros vaisseaux : les uns prétendent qu'ils se passent dans les artères, d'autres soutiennent que c'est dans les veines. Les raisons alléguées par le Dr Ogier Ward, qui place le souffle anémique dans la veine jugulaire, sont généralement considérées comme ayant beaucoup de poids. 1° Le *souffle continu* existe souvent avec une impulsion carotidienne distincte qui alterne avec le repos ; 2° on l'interrompt en appuyant sur la veine *au-dessus* du stéthoscope ; 3° les deux murmures peuvent être perçus parfois séparément à l'aide d'un stéthoscope à pavillon très étroit, que l'on déplace légèrement à droite ou à gauche ; 4° ce souffle s'accentue davantage avec toutes les causes d'accélération du courant sanguin dans la veine jugulaire, comme durant l'inspiration, quand le sujet est debout; au contraire, il diminue d'intensité lorsque la circulation veineuse est moins active ou embarrassée, comme durant l'expiration et dans la position couchée, alors que les veines sont plus turgescentes. Andral a soutenu que la constance du murmure est proportionnée à la diminution des globules. et qu'il devient continu dès que la proportion de ces derniers tombe au-dessous de 80 sur 1000. Cependant, le Dr Davies a montré que ce bruit de souffle n'existe pas exclusivement chez les personnes anémiques, mais se rencontre assez souvent chez des individus très robustes. Ce bruit résulterait, pour lui, du frottement du sang à l'intérieur des veines, frottement plus ou moins sensible, selon que leurs parois se mettent plus facilement en vibration et que le son est plus ou moins bien conduit à la surface. De là, sa fréquence chez les enfants, chez les jeunes sujets et chez les filles chlorotiques, dont les contractions ventriculaires sont très précipitées et le sang fort appauvri ; par contre, des murmures de ce genre ne s'observent jamais avec une circulation plus lente et lorsque les tissus se sont condensés, comme chez les adultes et chez les vieillards. Cependant, il n'est guère douteux que le souffle interrompu à la base du cœur, sur le trajet de l'aorte et des carotides, souffle synchronique avec l'impulsion cardiaque, soit le plus souvent artériel et non veineux. D'ailleurs, la séparation des bruits artériels d'avec les murmures veineux, est extrêmement difficile. Parfois aussi, comme l'a signalé Stokes, ces bruits coïncident, avec une affection organique, et semblable complexité rend le diagnostic encore bien plus difficile.

Les globules colorés du sang sont susceptibles d'augmenter ou de diminuer de quantité, constituant, dans le premier cas, ce que Vogel appelait

polycythémie, et dans le second, ce qu'il nommait *oligocythémie*. Ces modifications sont absolues ou relatives. Dans le premier cas, les globules sont d'une manière uniforme augmentés ou diminués dans l'ensemble de l'organisme; dans le second, il ne s'agit que d'une augmentation ou d'une diminution proportionnelle et relative à la quantité d'eau contenue dans la masse sanguine, quantité qui influe nécessairement sur la proportion relative des globules comme des autres éléments constitutifs du sang. Becquerel a insisté sur la nécessité de distinguer entre l'anémie et la chlorose, et cette séparation est très rationnelle. Ainsi, l'anémie est déterminée par une foule de circonstances qui appauvrissent le sang; telles sont : les hémorrhagies profuses ou prolongées, les suppurations ou flux abondants et de longue durée, une nourriture insuffisante, les affections chroniques, certains poisons, etc. La chlorose reconnaît des causes plus obscures en relation avec le système nerveux, et dont le point de départ est le plus souvent dans un trouble des fonctions utérines. Dans l'anémie, l'altération du sang est constante et pathognomonique; dans la chlorose, cette altération constitue seulement un phénomène qui n'est pas nécessairement présent. De part et d'autre, les signes physiques peuvent se ressembler, seulement, dans l'anémie les murmures anormaux se produisent plus souvent dans les artères, et dans la chlorose, plutôt dans les veines. Dans l'une, il existe une relation constante entre l'intensité des symptômes et l'appauvrissement du sang; il n'en est pas de même dans l'autre. La durée et la marche de l'anémie dépendent des causes qui l'ont produite; la chlorose est plus irrégulière dans ses allures, et la relation entre les causes et les effets frappent moins les yeux de l'observateur.

Le traitement de l'anémie comporte deux indications: 1° supprimer les causes d'épuisement qui l'occasionnent; 2° améliorer la qualité du sang au moyen d'une alimentation substantielle, de vin, d'un exercice réglé. Contre la chlorose, les ferrugineux constitueront la base de la médication, conjointement avec le régime et avec les moyens propres à provoquer le retour de la fonction menstruelle.

ICHORHÉMIE OU PYOHÉMIE.

Obs. CCX (1). — *Rhumatisme articulaire aigu. — Abcès multiples dans les articulations, dans les muscles, dans le crâne, etc.*

Commémoratif. — James Lockie, 17 ans, apprenti cordier, entré le 1r décembre 1854. Il y a dix jours, il dut tourner la roue toute une journée en plein air, par un temps très froid et très humide. Le lendemain, il éprouva des frissons accompagnés de symptômes fébriles, de rougeur et de gonflement du coude gauche. En quatre jours, le poignet droit et la cheville de la jambe droite furent pris à leur tour, ainsi que les deux genoux. Il y a quatre jours, les mouvements du cœur étant devenus très impétueux, on fit une application de sangsues à la région précordiale. La douleur et le gonflement articulaires persistent encore.

Symptômes a l'entrée. — Le malade se plaint d'une vive douleur au poignet

(1) Recueillie par M. A. W. Moore, élève du service

droit, à la cheville et à l'épaule gauches; ces articulations sont le siége d'un fort gonflement avec rougeur érythémateuse de la peau, et donnent une sensation d'empâtement au toucher; la plus légère pression, la moindre tentative à les faire mouvoir, provoque des souffrances aiguës. Le gonflement de l'épaule gauche descend jusque dans l'aisselle et au côté interne du bras. Pouls à 130, plein et fort; impulsion cardiaque violente, mais pas de bruit de souffle. Langue chargée d'un enduit brun au centre et blanc sur les bords; pas d'appétit; soif vive; peau chaude et sèche. Urines se troublant par le refroidissement, par suite de la présence d'un excès d'urates. Selles régulières. Pas de céphalalgie. Autres fonctions normales. *Faire une saignée de 430 grammes.* Pr. *Nitrate de potasse, 15 grammes. Eau, 180 grammes. F. diss. Pour en prendre 30 grammes dans un demi-verre d'eau toutes les quatre heures. Lotions saturnines chaudes sur les articulations enflammées.*

Marche de la maladie. — 2 *décembre.* Peu de changement; pouls à 120, plus mou; le sang recueilli n'offre pas de couenne, mais l'ouverture de la veine était très petite. — 4 *décembre.* Douleur beaucoup moindre dans toutes les articulations; même gonflement. Il s'est formé une bulle de sérosité sur la malléole externe de la jambe droite et le sujet se plaint de mal au talon. Pouls à 100, suffisamment fort. Pas de bruit de souffle au cœur. Comme il y avait de la constipation, on a donné 30 grammes d'huile de ricin hier soir, et il en est résulté des selles nombreuses. Langue sèche et brune. Symptômes fébriles persistants et accompagnés d'une abondante diaphorèse. — 6 *décembre.* La vessie formée sur la malléole externe s'est crevée et il en est sorti beaucoup de pus. On constate une fluctuation manifeste à la région du poignet droit et au dos de la main; on fait donc une incision dans cette dernière région et il s'en échappe une grande quantité de pus. *Discontinuer l'emploi du nitrate de potasse.* — 8 *décembre.* Il est survenu une forte douleur dans le derrière du cou, et un ulcère se forme sur le sacrum. *On couchera le malade sur un matelas d'eau.* A partir de ce jour, le pouls qui avait toujours oscillé entre 120 et 140, commença à perdre de sa plénitude et à devenir beaucoup plus faible; la peau prit une teinte sale-jaunâtre, comme du cuir tanné; les symptômes typhoïdes s'accentuèrent encore davantage, entre autres, la sécheresse de la langue et les fuliginosités de la bouche. De nombreux abcès se formèrent autour des articulations et sur diverses régions du corps, et plusieurs d'entre-eux n'étaient pas sitôt formés qu'ils s'ouvraient d'eux-mêmes. Une collection purulente très forte se forma à l'occiput et on l'ouvrit le 18; le 24 il fallut ouvrir un autre abcès sur la poignée du sternum, remontant déjà sur le côté gauche du cou. Nonobstant toutes les précautions et tous les soins possibles, la peau des talons, des trochanters et du sacrum s'est ulcérée. Le 26, tout le membre inférieur droit apparut gonflé, œdémateux, offrant la même blancheur que dans la phlegmatia alba dolens; en même temps survinrent une grande prostration, une forte gêne de la respiration, puis, successivement, un état de subdelirium continuel, des évacuations involontaires et enfin la mort dans la matinée du 27. Le traitement, dans les derniers temps, avait pour but de soutenir les forces par une alimentation substantielle et à l'aide de stimulants; d'autre part, on s'efforça de combattre les effets du décubitus sur les parties déclives et de panser avec tout le soin possible les ulcérations.

Autopsie. — Soixante-douze heures après la mort.

Corps très amaigri; il existe une ouverture fistuleuse de la largeur d'une pièce d'un franc, immédiatement en avant de l'articulation sterno-claviculaire gauche. D'autres ulcères de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes à celle d'une pièce de cinq francs, existent sur différentes parties du corps et laissent les os à nu, notamment au coude droit, à la cheville, aux deux hanches, au genou droit et sur le sacrum.

Tête. — La peau du crâne à l'endroit de l'occiput, est détachée de l'os et soulevée par une matière putride, dont une grande quantité s'est écoulée par les ouvertures faites à l'aide du bistouri. En ouvrant le crâne on trouve un abcès rempli d'un pus jaune, épais, situé entre l'os et la dure-mère, vers le milieu de l'os occipital. Celui-ci est un peu carié à l'extérieur, mais ne paraît pas altéré à l'intérieur. On ne découvre aucune communication entre les amas purulents, qui se correspondent des deux côtés de l'os. *Cerveau normal.*

Poitrine. — En enlevant le cœur et l'aorte, on découvre une tuméfaction ovoïde, fluctuante, ayant environ deux centimètres de longueur et située à l'extérieur de l'aorte à deux centimètres et demi au-dessus des valvules sigmoïdes; cette tuméfaction renferme encore de la matière purulente jaune. Le lobe inférieur des deux poumons est le siége d'un engouement marqué, surtout dans les parties postérieures et déclives. A la coupe, le tissu pulmonaire offre une surface rouge violacée, et les vésicules aériennes sont remplies d'un exsudat mou, sanguinolent; les portions du poumon que l'on détache, s'enfoncent rapidement sous l'eau. Cœur normal.

Abdomen. — Les reins sont un peu forts et présentent dans leur intérieur un aspect marbré, avec une atrophie très légère, pourtant, de la substance tubulaire. Les autres organes abdominaux sont intacts.

Articulations. — L'articulation sterno-claviculaire gauche est le siége d'une carie avancée au point d'avoir occasionné une luxation complète. Des anfractuosités remplies de pus sillonnent profondément toutes les parties molles du voisinage. Les articulations de l'épaule droite, du coude gauche, du poignet droit, des deux hanches, des deux genoux et des chevilles sont remplies d'une matière purulente, comme bourbeuse; cette matière, sur plusieurs points, notamment au coude gauche et aux deux hanches, s'est infiltrée dans plus de la moitié de la longueur de l'avant-bras et des cuisses. Les cartilages articulaires présentent à des degrés divers des abrasions, du ramollissement et de l'ulcération; quant aux extrémités osseuses sous-jacentes, elles sont plus ou moins cariées, noires et nécrosées. La base de l'ulcère situé sur le sacrum, est formée par l'os même nécrosé; les os d'ailleurs sont encore à nu au coude droit, à la hanche droite et aux deux genoux.

Veines. — On ouvre avec soin pour les examiner les veines principales, spécialement celles de la région inguinale droite et les sinus de la base du crâne; partout on les trouve naturelles et libres de tout caillot. Au reste, le sang était partout d'une fluidité plus qu'ordinaire, même dans les cavités du cœur où il y avait seulement de petits caillots mous, d'une teinte foncée.

Examen microscopique. — La matière purulente est formée en majeure partie de molécules et de granulations entremêlées de débris de cellules de pus; seul, l'abcès contenu dans le crâne renfermait du pus normal. Les cartilages articulaires atteints sur un grand nombre de points, avaient leurs cellules hypertrophiées, remplies de cellules secondaires ou même en grande partie de granules graisseux. Les articulations étaient recouvertes de couches d'exsudat chronique, formé par une matière amorphe, condensée, composée en grande partie de petites molécules. Le sang examiné avec beaucoup de soin, s'est trouvé partout normal.

Commentaire. — L'affection dont nous venons de suivre le cours nous offre bien un de ces cas désignés communément sous le nom de pyohémie, affection assez fréquente à la suite des lésions mécaniques et des maladies avec suppuration. Des cas de ce genre, cependant, doivent être bien rares à la suite de rhumatismes aigus, et l'existence de cette dernière affection n'est pas douteuse ici. Ce garçon était bien portant et occupé à son travail habituel, lorsqu'après être resté au froid et à l'humidité, il fut saisi des symptômes ordinaires du rhumatisme fébrile, accompagnés d'une violente

surexcitation du cœur. Le mal s'est terminé par de la suppuration dans la plupart des articulations; de nombreux abcès se sont montrés dans toutes les parties du corps, bientôt suivis d'un état typhoïde, au milieu duquel le sujet a succombé. Le Dr Watson a relaté deux observation ayant une grande analogie avec celle-ci; mais chez ses deux malades, les désordres constitutionnels avaient été précédés par de l'otorrhée et par des abcès dans l'oreille (1); c'est à cette dernière source qu'il fait remonter la cause de la maladie générale. Chez notre malade il n'a pas existé d'abcès primitif, pas le moindre signe de la présence d'une collection purulente, avant l'attaque de rhumatisme; et il ne me paraît pas douteux que l'état constitutionnel du sang, quelle qu'ait été sa nature, ne soit la conséquence des abcès consécutifs à l'inflammation aiguë des articulations.

Cet état morbide si redouté des chirurgiens et des accoucheurs, dans lequel surviennent des symptômes typhoïdes à la suite de lésions traumatiques ou de l'accouchement, et qui s'accompagne d'infiltration purulente ou d'abcès multiples dans un ou plusieurs organes, a été l'objet d'interprétations diverses. Les nombreuses observations et les expériences faites de nos jours dans le but d'élucider cette question ont conduit à quatre théories principales. 1° Pour les uns, cet état pathologique serait la conséquence du mélange de pus avec le sang (pyohémie de Piorry); les globules de pus étant plus gros que ceux du sang, se trouveraient arrêtés dans les capillaires et deviendraient le noyau d'abcès secondaires. 2° D'autres croient à la présence de quelque substance irritante qui, ne parvenant pas à s'échapper de l'économie, provoquerait une phlébite capillaire. 3° D'autres encore ont cru que le mal avait pour point de départ la coagulation du sang déterminée par son mélange avec le pus. 4° Enfin, les derniers croient à la présence d'une substance toxique particulière qui empoisonnerait l'économie. Ces diverses théories ont été soutenues avec beaucoup d'habileté et étayées par des expériences et par de nombreuses recherches cliniques.

Les notions exposées ci-dessus à propos de la leucocythémie, nous mettront à même de critiquer ces doctrines, en nous plaçant à un nouveau point de vue.

1° Pour ce qui est de la première théorie, tous ceux qui ont vu au microscope le sang d'un leucocythémique, ou qui veulent seulement jeter un coup d'œil sur les figures que nous en avons données, seront convaincus de prime abord qu'il n'existe pas la moindre différence entre les cellules incolores du sang et celles du pus. Leur aspect général, leur volume, leur structure, la manière dont elle se comportent vis-à-vis des réactifs chimiques, tout est identique, à tel point que la première fois que j'ai observé le sang leucocythémique en 1845, je ne pouvais m'empêcher de conclure que le sang était infesté d'une multitude de cellules de pus. Il s'ensuit que toutes les théories qui veulent expliquer l'infection purulente

(1) Practice of Physic, vol. I, p. 381, 4e édit.

par le tassement mecanique de ces globules dans les petits capillaires, ne sauraient plus être admises. Chez un de mes malades, un grand nombre de globules blancs avaient le double de leur volume ordinaire ; on pourrait objecter, il est vrai, que ces dimensions exagérées étaient dues à l'endosmose du serum, mais j'ai tout lieu de croire que, même sur le vivant, ces globules étaient notablement plus gros qu'à l'état ordinaire. Dans l'observation CCV, nous avons vu aussi un grand nombre de globules incolores atteindre un volume sensiblement supérieur à la moyenne, cependant la circulation se faisait sans obstacle et chaque goutte de sang du malade contenait des centaines de ces corpuscules. La première théorie n'est donc plus soutenable.

On ne conçoit pas non plus quel élément pourrait bien, dans le pus louable, donner lieu à un empoisonnement du sang; en effet, ne voit-on pas assez souvent d'énormes abcès être absorbés, puis éliminés sans donner lieu au moindre signe d'infection purulente. Dans ce cas, pourtant, les cellules de pus doivent se détruire et être réduites à l'état liquide, état sous lequel la substance dont elles se composent repasse dans le sang. Ainsi, d'une part, la leucocythémie démontre que des corpuscules identiques de forme, de volume, de structure et de composition chimique avec les cellules du pus, circulent impunément dans le sang; et, d'autre part, le fait bien connu de l'absorption spontanée des abcès prouve que le pus naturel ne saurait avoir des propriétés toxiques. Si donc la fièvre et les autres symptômes les plus marqués sont dus à l'absorption du pus, c'est que ce dernier possède des qualités totalement différentes de celles des cellules du pus louable, de bonne nature.

2° La seconde théorie a été mise en avant par Cruveilhier qui, après avoir injecté du mercure, de l'encre et diverses autres substances dans les veines de plusieurs animaux, avait vu des abcès se former partout où ces matières restaient accumulées. La conséquence à tirer de ces expériences, c'est que l'arrêt de certaines substances dans les tissus peut y provoquer des inflammations locales et donner naissance à des abcès ; mais il ne s'ensuit pas nécessairement que le mélange de pus avec le sang ait les mêmes résultats; d'ailleurs les observations précédentes et les expériences directes faites sur les animaux par Lebert (1) et par Sedillot (2) établissent le contraire.

3° La troisième doctrine a été imaginée par M. Henry Lee (3). Il avait observé qu'en mélangeant du pus avec du sang fraîchement tiré de la veine, ce sang se coagule plus rapidement et forme un caillot plus solide que dans les conditions ordinaires. Il rapprocha donc cette observation de cet autre fait bien connu que la phlébite est souvent associée avec des caillots qui déterminent l'obstruction des veines. Or, il est digne de remarque que,

(1) Physiologie pathologique, tom. I, p 313.
(2) De l'infection purulente, p. 73 et suiv.
(3) On the Origin of Inflammation of the Veins. London 1850

dans les cas prononcés de leucocythémie, le sang est devenu beaucoup plus coagulable, comme on peut le voir si l'on fait une saignée, et comme on le constate également à l'autopsie, où un grand nombre de vaisseaux se trouvent remplis de caillots consistants, comme chez le sujet de l'observation CCV. Les fig. 539 et 540 représentent de ces caillots incolores trouvés dans différents organes. Nous avons observé ce même état du sang, chez le sujet de l'observation CCVI; néanmoins, le sang durant la vie, quoique contenant une infinité de ces globules incolores, circulait à travers les vaisseaux sans aucun obstacle et sans former nulle part de caillots. Il ne s'ensuit donc point que si du pus n'ayant plus vie, mêlé avec du sang frais et sur le point de se coaguler, accélère la formation du caillot, il ne s'en suit point, dis-je, que du pus frais entraînerait semblable coagulation dans les vaisseaux d'un animal vivant. De nombreuses expériences faites par Lebert et par Sedillot ont d'ailleurs montré que l'injection de pus dans les veines d'un animal n'est pas toujours mortelle, et que, dans bien des cas, les corpuscules du pus se dissolvent dans le liquide sanguin (1).

(1) Je mentionnerai ici deux expériences que nous fîmes en 1852, avec feu le professeur Barlow, au Veterinary College, dans le but d'élucider cette question.

Première expérience. — La veine saphène d'un âne fut mise à nu, et une petite canule y fut introduite et fixée à l'aide d'une ligature. Du pus frais et de bonne nature fut alors injecté lentement vers le côté du cœur, à l'aide d'une seringue qui en contenait trente grammes. La veine au-dessus de la ligature se gonfla immédiatement, comme s'il y eût eu une légère obstruction; cependant, le gonflement était très mou, et en pressant la veine de bas en haut le pus mêlé au sang fut propulsé dans le vaisseau. La seringue fut alors remplie et une nouvelle quantité de trente grammes de pus fut injectée sans déterminer d'autre effet. L'animal fut alors lâché et il reprit ses habitudes ordinaires, comme si on ne lui eût rien fait.

Deuxième expérience — Quinze jours après cette double injection, le même âne toujours bien portant fut soumis à une seconde expérience. Une des veines jugulaires fut soigneusement disséquée et mise à nu sur une longueur de quinze centimètres; une petite ouverture fut alors pratiquée à l'extrémité supérieure, et le bec d'une canule recourbée y fut introduit sans placer aucune ligature. Les parois de la veine étaient tellement transparentes qu'on voyait le sang couler à travers. Nous injectâmes alors de haut en bas, en le dirigeant vers le cœur, trente grammes de pus frais et de bonne nature; grâce à la transparence de la veine nous pouvions distinguer le filet jaune opaque sorti de la canule, coulant côte à côte avec le courant sanguin de couleur cramoisie, jusqu'à ce qu'enfin tout le calibre de la veine en cet endroit fût rempli par le pus. Au moment où nous retirâmes la seringue pour la remplir, nous pûmes constater que le sang dont l'afflux continuait, se mêlait avec le pus en formant des stries rouges et blanchâtres, et cela sans offrir aucune apparence de coagulation, jusqu'à ce que le pus propulsé vers le cœur eût complétement disparu, remplacé par l'afflux d'une nouvelle colonne sanguine. La seringue remplie de pus fut vidée une seconde fois dans la veine, en y produisant absolument les mêmes phénomènes. La plaie fut alors fermée et l'animal débarrassé de ses entraves se releva sans avoir l'air de souffrir. Il se remit à boire et à manger à son ordinaire, sans présenter aucun symptôme insolite. Le quatrième jour il fut abattu et les parties furent soigneusement disséquées. La veine était parfaitement libre, ne présentait aucun épaississement, ni aucune apparence cordée, pas la moindre trace d'abcès, et la plaie extérieure était presque cicatrisée.

Cette expérience nous parut tellement décisive et contraire à l'idée que le contact ou le mélange du pus avec le sang entraînerait la coagulation de ce dernier chez l'animal

Quoiqu'il faille admettre jusqu'à un certain point que le sang mélangé de pus donne lieu à la formation d'un caillot plus ferme, il ne s'ensuit nullement que le pus naturel détermine la coagulation du *sang vivant* et que ce soit la cause de la phlébite ou de l'infection purulente.

4° La quatrième théorie a été soutenue par A. Boyer (1) et par Bonnet (2). Ce dernier croit également que le pus de bonne nature est inoffensif, mais il attribue les effets observés dans l'infection purulente à la putridité ou à une altération quelconque du pus. Cette doctrine a été aussi plus ou moins appuyée par Darcet (3) et par Berard (4), lesquels, pour s'expliquer les effets non douteux consécutifs à l'injection de substances putrides dans les veines, séparèrent la pyohémie de l'infection purulente. Mais comme les corpuscules du pus ne causent pas à eux seuls les symptômes, il est certainement plus probable, en tous cas, qu'il doit exister un principe morbide associé avec le pus, quand sa présence détermine des accidents mortels. Le Dr Millington (5) répétant les expériences de M. Lee, a trouvé que les liquides putrides s'opposent à la coagulation du sang, et que le coagulum produit lors de l'addition de pus est d'autant plus ferme que ce dernier liquide est plus frais. Ce fait est contraire à l'idée que les abcès multiples seraient la conséquence de la coagulation, mais il concorde bien avec les résultats observés après la mort dans les cas d'infection purulente. Considérant la nature thyphoïde des symptômes si analogues à ceux déterminés par certains poisons d'origine animale, la présence d'abcès multiples

vivant, que nous jugeâmes inutile de faire de nouvelles tentatives. Quant au commencement de coagulation observé dans la première expérience, nous l'attribuâmes à ce que l'injection avait été faite de bas en haut, en sens contraire de la force de gravité, et surtout à ce que la ligature empêchant l'afflux d'une nouvelle colonne sanguine, permettait au sang mêlé de pus de rester stationnaire dans la partie déclive de la veine, comme dans un cul-de-sac. D'ailleurs, rien de semblable ne fut observé dans la seconde expérience pratiquée sans ligature et où l'influence de la gravité fut évitée en faisant l'injection de haut en bas. Je dois ajouter, toutefois, que dans une lettre que j'ai reçue du Dr Henry Lee, j'ai appris qu'il n'avait pas non plus employé de ligature.

Cette seconde expérience se rapproche beaucoup des septième et huitième expériences citées dans le mémoire du Dr Lee; cependant, nous venons de le dire, le résultat fut tout différent des siens. Nous n'avons constaté ni plénitude, ni état cordé de la veine, pas d'accélération du pouls ni le moindre symptôme constitutionnel; enfin, après la mort, nous n'avons pu trouver aucune trace de coagulation du sang, d'oblitération de la veine ou d'inflammation. A quelles circonstances faut-il donc attribuer les différences des effets obtenus? C'est ce que je ne saurais dire. Quoi qu'il en soit, le fait avéré de l'injection à deux reprises de pus dans la veine, dans notre seconde expérience, le mélange du pus avec le sang, observé à la faveur de la transparence du vaisseau, l'absence de toute coagulation, suffisent pour infirmer d'une manière absolue cette proposition générale : toutes les fois que du pus est mêlé avec le sang dans les vaisseaux d'un animal vivant ce dernier liquide se coagule invariablement.

(1) Gazette médicale de Paris, p. 193, 1834.

(2) Ibid. p. 593. 1837.

(3) Thèse inaugurale, Paris 1842.

(4) Dictionnaire de médecine, tom. 26. 1842.

(5) Monthly Journal Nov. 1851 p. 486

comme dans la morve, dans la peste, dans la variole, dans la syphilis, etc., enfin, cet autre fait non moins certain que le sang peut être infesté d'une quantité excessive de corpuscules en tout semblables à des cellules de pus, sans occasionner aucun de ces symptômes, on aboutit nécessairement à cette conclusion, que ces effets ne sont pas dus à la présence de pus dans le sang, mais bien à celle d'un poison animal.

On a objecté à cette manière de voir que l'injection de pus frais, de bonne nature, avait pu occasionner la mort des animaux en expérience. Mais quelle propriété sensible distingue le pus de la vaccine de celui de la petite vérole et même l'un et l'autre du pus ordinaire ? Et pourtant, quelle différence dans leurs effets quand ils sont introduits dans l'économie ! La nature des poisons animaux est assurément des plus obscures ; cependant, il est plus conforme à l'état actuel de nos connaissances, d'attribuer l'infection purulente à une cause de ce genre que de la considérer comme la suite du mélange pur et simple du pus avec le sang, comme une pyohémie dans le vrai sens du mot.

Cette doctrine que j'ai exposée la première fois en 1852, dans mon ouvrage sur la leucocythémie, semble aujourd'hui généralement adoptée, et l'état du sang en question a reçu les noms de *septicémie* (Vogel) et d'*ichorhémie* (Virchow). Les prétendus globules de pus découverts dans le sang par quelques observateurs sont identiques avec les cellules incolores de ce liquide, et, quand ils s'y trouvent en excès, il constituent la leucocythémie. Virchow lui-même, qui s'est tant récrié contre l'assimilation hypothétique de la leucocythémie à la pyohémie est obligé d'admettre, à propos de cette dernière, (1) qu'il est très difficile et même souvent impossible de différencier les globules du pus d'avec les cellules incolores du sang. Au fait, les corpuscules sont les mêmes, et dans la majorité des cas, ce qu'on a désigné sous le nom de pyohémie ne dépend point du mélange des cellules de pus avec le sang, mais de l'infection de ce dernier liquide par une substance dérivée de certaines sortes de pus, et de laquelle dépendent l'empoisonnement général et tous les phénomènes secondaires.

GLYCOHÉMIE.

Obs. CCXI (2) — *Diabète sucré.*

Commémoratif. Allan M' Clémont, 32 ans, ouvrier, fut admis le 7 juin 1852. Il y a trois semaines environ, étant convalescent d'un rhumatisme aigu général, il se trouva très affaibli et assez amaigri. En même temps il était en proie à une soif insatiable et rendait de grandes quantités d'urine. Ces symptômes se sont aggravés de jour en jour.

Symptômes a l'entrée. — Langue nette et humide ; appétit augmenté ; soif excessive ; tendance à la constipation ; peau sèche ; urine très pâle et légèrement trouble. Quand on chauffe un peu de ce liquide avec une égale quantité d'eau de potasse il se produit une coloration d'un brun foncé. Huit litres et demi d'urine ont été rendus

(1) Gesammelte Abhandlungen, p. 653.
(2) Recueillie par M. J. L. Brown, élève du service.

dans les 24 heures; sa pesanteur spécifique s'élève à 1030; la quantité d'eau absorbée dans le même temps a dépassé treize litres. Les autres fonctions de l'économie s'exécutent normalement. Cet homme pèse soixante treize kilogrammes et demi. On prescrit des *pilules d'aloès et d'ipéca, ainsi qu'une potion composée d'infusé de quassia et de teinture d'écorces d'oranges.*

Marcas de la maladie. — 10 *juin*. Régime : trois gâteaux d'une demi livre composés de son, de beurre et de lait ; 3 œufs ; 120 grammes de viande rôtie à déjeuner, 420 grammes à dîner et 120 à souper ; une portion de chou vert ; trois bouteilles de soda-water ; 240 grammes d'eau de chaux ; 90 grammes de vin. Un bain chaud tous les trois jours avant l'heure du coucher. Le 15 *juin* la quantité d'urine rendue fut seulement de trois litres et demi ; densité 1036. Le malade avait bu quatre litres et demi ; il pèse seulement 70 kilogrammes. Le 22 on ajoute au régime indiqué plus haut 120 grammes de viande rôtie et un gâteau de son. La quantité d'urine, à partir de ce moment, varie entre cinq et six litres par jour. Le 5 *juillet*, on note seulement quatre litres et demi d'urine, dont la densité spécifique et de 1034 ; la quantité de liquide ingéré était de cinq litres. Le malade pesait 71 kilogrammes. Etant fatigué de son régime et de sa détention à l'infirmerie, il veut s'en aller et sort le 6.

Obs. CCXII (1). *Diabète sucré. — Phthisie pulmonaire. — Caverne dans le poumon droit. — Mort.*

Commémoratif. — Robert Fallow, tailleur, âgé de 24 ans, est entré à l'infirmerie le 8 juillet 1851. Dans le mois de décembre dernier, étant en Amérique, il eut une attaque de fièvre bilieuse qui dura dix semaines ; peu de temps après, il observa qu'il urinait beaucoup plus abondamment que d'habitude, et en même temps il éprouvait une soif excessive. Depuis six semaines il est survenu de la toux, suivie d'expectoration purulente. La peau, très sèche jusque là, devint le siége d'une transpiration abondante toutes les nuits.

Symptômes a l'entrée. — La percussion ne donne aucune différence dans la sonorité des deux côtés de la poitrine, mais le doigt éprouve une résistance beaucoup plus marquée sous la clavicule droite que sous la gauche. A l'auscultation on note un souffle caverneux bien distinct sous la clavicule droite, mais les bruits sont secs. La résonnance de la voix est considérablement accrue aussi et prend un caractère un peu métallique. Sous la clavicule gauche, l'inspiration est rude et l'expiration prolongée. De ce même côté, en arrière et en bas, l'inspiration est partout rude, avec des râles ronflants et une expiration prolongée. Expectoration copieuse, muco-purulente, d'une coloration brunâtre, avec quelques stries de sang. Toux violente ; langue sèche et chargée surtout à sa base ; appétit bon. Soif inextinguible. Goût aigrelet dans la bouche. Pouls à 108, petit et faible. 2100 grammes d'urine depuis douze heures ; ce liquide additionné de liqueur de potasse et soumis à l'ébullition abandonne un précipité brun-rougeâtre. Peau souple et moite.

Marche de la maladie. — Le 11 *juillet*, on note du gargouillement sous la clavicule droite. Le 20, répugnance pour les aliments. La quantité d'urine rendue à toujours oscillé entre cinq et sept litres dans les vingt quatre heures. Transpiration profuse toutes les nuits. Râles muqueux dans toute l'étendue du poumon droit, en avant. Résonnance métallique de la voix sous la clavicule du même côté, et bruit de pot fêlé à la percussion. — 4 *août*. La quantité d'urine varie journellement de trois à quatre litres et demi, pour les 24 heures. Affaiblissement et émaciation s'aggravant chaque jour, par suite du manque d'appétit et des transpirations. Mort, ce soir à 7 heures.

(1) Recueillie par M. W. M Calder, élève du service.

Le traitement a consisté d'abord en œufs, viandes bouillies, pain rassis et lait; pilules d'opium et de jusquiame le soir; huile de foie de morue. On a aussi donné des potions expectorantes et antispasmodiques, afin de soulager le malade de sa toux.

La famille a refusé l'autorisation de faire l'autopsie.

Commentaire. — La phthisie est une complication très commune du diabète chez les sujets au-dessous de trente ans. Cette coïncidence, selon moi, est une preuve de plus de la grande importance que le médecin doit attacher aux dérangements des fonctions nutritives au point de vue de l'origine de la tuberculose. Une alimentation animalisée et riche en corps gras est indiquée dans les deux affections; cependant, il faut l'avouer, le mal est bien près d'être irrémédiable quand elle se compliquent l'une l'autre.

La présence du sucre dans l'urine ne constitue pas à elle seule le diabète, car il s'en trouve en petite quantité dans l'urine d'un grand nombre d'individus, ayant dépassé l'âge de quarante ans. On ne doit même en porter positivement le diagnostic qu'à la condition d'observer en même temps certains symptômes, parmi lesquels les principaux sont : une soif et une faim immodérées, de la faiblesse musculaire et de l'amaigrissement. Entre le moment où une proportion sensible de sucre apparaît dans l'urine et la manifestation de ces derniers symptômes, on peut espérer d'arrêter le mal, spécialement, en modifiant le régime et en soumettant le malade à certaines prescriptions hygiéniques. Mais dès que le sucre se montre en abondance dans l'urine, et que les phénomènes dont nous venons de parler se produisent, comme dans les cas auxquels nous avons affaire ordinairement dans les hôpitaux, une guérison durable devient pour ainsi dire impossible. Ce serait donc une règle de conduite importante pour le médecin, dans tous les cas de dyspepsie chronique, de rechercher si les urines ne contiennent pas de sucre; si elles en renferment, il y a lieu de diminuer les éléments saccharifiables de l'alimentation.

Pathologie du diabète.

L'excrétion du sucre en grande quantité par les reins, a depuis longtemps préoccupé les pathologistes et donné lieu à de nombreuses théories. Les travaux de Macgregor, de Glasgow, établissant que du sucre se forme dans l'estomac pendant le cours de la digestion, et plus tard la découverte du sucre dans le sang lui-même, découverte due aux recherches du même Macgregor, d'Ambrosiani, de Maitland et de Percy, semblaient être la confirmation scientifique d'un traitement fondé sur des idées analogues et proposé depuis longtemps déjà par Rollo. Il fut donc admis que le sucre se formait dans l'estomac et dans le canal alimentaire par la transformation de l'amidon et de certains autres principes, et qu'au lieu de se convertir immédiatement en d'autres composés, selon les idées de Prout, il était absorbé dans le sang, puis excrété par les reins. Cette théorie

a longtemps eu cours dans la pratique ; aussi le traitement avait-il pour but de proscrire toutes les substances aptes à se transformer en sucre. Il est d'ailleurs remarquable que sous l'influence de ce traitement l'excrétion du sucre diminue presque toujours dans des proportions très sensibles, sans toutefois cesser complètement, en même temps que les autres symptômes s'amendent aussi de leur côté.

Le Dr Gray de Glasgow imagina de donner de la caillette de l'estomac du veau à la dose d'une cuillerée à thé après chaque repas, et publia trois observations, avec guérison momentanée de deux malades (*Monthly Journal*, janvier 1853). Si, dit-il, la caillette a la propriété de convertir les matières saccharines en acide lactique, il doit en être de même dans l'économie; or, comme l'acide lactique se retrouve dans les sucs de la chair musculaire, et puisque d'après Liebig cet acide est destiné à la combustion respiratoire, si donc on pouvait produire cette transformation au moyen de la caillette, il est à présumer que cet acide lactique serait consumé dans l'acte respiratoire ; ce qui resterait en excès serait alors rejeté par les reins. Désireux de vérifier la valeur de cette théorie ingénieuse, de la caillette fut administrée suivant les indications du Dr Gray, à plusieurs de mes malades à l'infirmerie d'Edimbourg, mais sans aucun avantage.

Les recherches de M. Cl. Bernard ont fait naître d'autres idées sur l'origine du diabète. Il admet que le sucre puisse se former dans le cours de la digestion et qu'une certaine proportion puisse passer par absorption, du canal alimentaire dans le sang ; mais il a montré, sur des chiens auxquels il donnait une nourriture exclusivement animalisée, que du sucre existe encore dans le foie et dans la veine hépatique, jamais dans la veine porte. Il a démontré de plus que le foie sécrète du sucre normalement, dans toute la série animale depuis l'homme jusqu'au mollusque même; il n'y a pas jusqu'au foie du fœtus qui n'en contienne déjà. Il a montré aussi qu'en irritant la huitième paire de nerfs crâniens à leur origine dans le plancher du quatrième ventricule, la fonction sécrétoire du foie est augmentée et qu'on provoque ainsi un diabète artificiel ; par contre, la section de ces nerfs arrête la formation du sucre. J'ai assisté aux expériences de M. Cl. Bernard, je les ai répétées dans mon laboratoire et je n'ai pas le moindre doute sur l'exactitude de ces résultats. Si le sucre n'existe pas normalement dans l'urine et dans le sang extrait du bras par une saignée, il faut l'attribuer à sa rapide décomposition dans l'état de santé et à sa destruction par les poumons. Cependant, si la quantité contenue dans le sang est trop grande pour être détruite dans la fonction respiratoire, le surplus passe par les reins et le diabète en est la conséquence. Les expériences de M. Bernard ont établi aussi qu'après avoir sectionné les pneumogastriques à leur origine, et partant supprimé la formation du sucre dans le foie, on peut réveiller sa fonction glycogénique et déterminer du diabète en irritant le bout central de ces nerfs, absolument comme si l'on stimulait leur origine encéphalique. Il en conclut donc que

l'action nerveuse nécessaire pour la sécrétion du sucre n'a point son origine dans le cerveau, d'où elle se transmettrait simplement le long des pneumogastriques, mais que cette action est indirecte et s'opère par action réflexe : les pneumogastriques faisant l'office de nerfs incidents, la moëlle allongée agissant comme centre, et la moëlle épinière en communication avec le ganglion solaire agissant comme canal excident. Conformément à cette théorie, il trouva que toutes les fois que la fonction respiratoire est violemment stimulée, du sucre apparaît dans l'urine, et c'est ainsi que l'administration de l'éther ou du chloroforme donne lieu à un diabète passager. Poussant plus loin ses inductions, il suppose que de la même manière que les poumons agissent par action réflexe sur le foie, la surexcitation de ce dernier organe se transmet aux reins, et, comme conséquence, ces derniers éliminent la glycose sécrétée en excès par le premier. C'est de la sorte, probablement, qu'il faut expliquer la présence temporaire du sucre dans l'urine, en l'absence de tous les autres signes du diabète.

En poussant encore plus loin ses investigations, Cl. Bernard est arrivé à conclure que le foie ne sécrète pas directement le sucre, mais bien une substance qui présente toutes les propriétés physiques et chimiques de l'amidon hydraté et qui se transforme en sucre à l'aide d'un ferment; il est même parvenu à extraire cette substance du foie. On lui a donné divers noms, tels que : *amidon du foie, glycogène, substance amyloïde, zoamyline* ou amidon animal (Rouget); *amyline* (Pavy). On l'extrait en versant une grande quantité d'acide acétique glacial dans une décoction de tissu hépatique concentrée et filtrée. Un précipité blanchâtre se dépose; c'est la substance glycogénique ou amyline. Quant au ferment, Cl. Bernard le suppose dans le sang, et c'est après avoir pénétré dans la circulation que la substance glycogène subirait la modification qui doit la transformer en glycose. Ce sucre ainsi formé dans le sang et parvenu aux poumons, est décomposé par l'oxygène de l'air et il disparaît. Sous ce rapport, le foie et les poumons ont donc des fonctions parfaitement contraires l'une à l'autre, puisque l'un produit la substance destinée à former le sucre et que les autres détruisent ce dernier; la preuve en est qu'à l'état de santé, on trouve seulement le sucre dans cette partie de la circulation comprise entre les poumons et le foie. Il en faut conclure que sa présence dans la circulation générale, et partant dans l'urine, ne dépend pas seulement d'un surcroît de la fonction glycogénique du foie, mais probablement aussi d'une activité moindre de la part des poumons à détruire la glycose du sang. Toujours est-il, qu'un grand nombre de sujets atteints de diabète meurent phthisiques.

Les découvertes de Cl. Bernard montrent l'importance des observations de Virchow, de Busk, de Carter, etc., concernant l'existence et même l'abondance des corpuscules amylacés dans l'économie (Carter). Il serait bien intéressant aussi que les chimistes recherchassent si des modifications chimiques dans le poumon ne pourraient pas également être une cause de diabète.

Digitized by Google

D'après Pavy, l'amyline ne se transformerait en sucre qu'après la mort. Ayant introduit un cathéter dans le cœur droit d'un animal vivant, il ne découvrit aucune trace de sucre dans le sang veineux, tandis que dix minutes après la mort il en contenait. Cet expérimentateur s'est assuré également que la fonction glycogénique est susceptible d'être arrêtée par le froid ou en injectant une solution alcaline (potasse) dans la veine porte. Dans le foie du même animal, les portions ainsi injectées ne contenaient pas de sucre, tandis que les autres en renfermaient. Il en résulterait, d'après Pavy, que toutes les expériences faites jusque là sur des tissus et sur le sang privés de vie, ont, nonobstant l'exactitude des faits constatés, conduit à des déductions fausses en ce qui concerne ces fonctions s'accomplissant à l'état normal dans l'économie.

Dans certaines conditions morbides, cependant, du sucre se forme durant la vie et détermine le diabète. De nouvelles expériences instituées par le Dr Harley, de Londres, ont montré, contrairement aux idées de Pavy, que du sucre se rencontre dans le foie, tout de suite après la mort; et quoique le sang de la veine porte n'en contienne point, il s'en trouve dans le sang hépatique à l'instant de la mort. Le Dr Thudicum a fait observer, d'autre part, qu'en agitant ensemble de l'air, de la potasse et du sucre, ce dernier se décompose; les conclusions de Pavy seraient bien à leur tour entachées d'erreur. Les opinions de M. Cl. Bernard ont donc encore généralement cours dans la science.

Les recherches du célèbre physiologiste français expliquent comment le traitement de Rollo diminue l'excrétion du sucre, en supprimant son introduction dans le sang par l'intermédiaire du canal alimentaire. Suivant Traube, l'intensité de la sécrétion du sucre varie aux différentes heures de la journée et suivant certaines circonstances. Elle est surtout active après les repas et peu active durant la nuit. Au début du diabète, le sucre dérive en grande partie des aliments, mais à une période avancée il se produit et se trouve répandu dans tout l'organisme. Voilà pourquoi le traitement qui s'adresse seulement à l'estomac ne saurait guérir, car il n'affecte en rien les fonctions hépatiques. Les découvertes de Cl. Bernard me semblent aussi donner la clef des bons effets de l'opium, effets d'ailleurs reconnus par tout le monde, puisque ce médicament diminue l'irritabilité nerveuse.

Cependant, les résultats pratiques qui découlent de nos connaissances actuelles ne vont guère au-delà; peut-être trouverait-on encore dans la sécheresse de la peau, si régulièrement observée dans cette maladie et qui pourrait bien exercer une certaine influence au point de vue des causes immédiates, peut-être, dis-je, trouverait-on là une indication à l'emploi rationnel des diaphorétiques; ces médicaments ont d'ailleurs rendu de grands services dans ces cas. Sans doute aussi, l'exercice et une atmosphère froide qui activent l'oxygénation dans les poumons, mériteraient d'être recommandés. Au reste, ces divers points demandent à être éclaircis, et les praticiens feront bien de détourner un peu leur

attention de ce côté, au lieu de la fixer exclusivement sur les organes digestifs comme ils l'ont fait jusqu'ici; c'est dans cette direction, me semble-t-il, qu'il faut chercher les moyens d'atteindre le but et d'arrêter la marche de cette singulière affection.

Le régime recommandé dans l'observation CCXI offre l'avantage de fournir très peu d'éléments susceptibles de se transformer en sucre dans le tube digestif. Employé conjointement aux opiacés et, de temps en temps, aux bains chauds, il constitue le meilleur mode de traitement que nous connaissions jusqu'à ce jour. Ses avantages momentanés ont été des moins équivoques; seulement, les malades finissent par le trouver insupportable, de même que le séjour de l'hôpital. En effet, on a toujours eu les plus grandes difficultés à faire continuer ce régime dans les hôpitaux, et ce, nonobstant l'emploi de diverses sortes de pain, tels que : le pain de gluten de Bouchardat, les biscuits au son du Dr Camplin, les gâteaux d'amandes du Dr Pavy, les gâteaux à la glycérine du Dr Beale. Il y a lieu de se demander, d'ailleurs, si l'amendement de certains symptômes obtenu par ces moyens s'oppose, dans une mesure sensible, aux progrès de la maladie. Nous parvenons, il est vrai, à empêcher l'apport du sucre du dehors; mais ce que nous ne pouvons empêcher, c'est sa formation dans l'organisme même. L'amélioration ainsi produite est donc de pure apparence et le malade n'en arrive pas moins à succomber d'épuisement. Il y a plus, certains médecins considérant la question de physiologie pathologique et de thérapeutique à un autre point de vue, se sont demandé si, au lieu de supprimer l'apport du sucre dans l'économie, il ne serait pas plus rationnel d'en administrer, et cela dans le but de suppléer à la quantité qui s'en perd chaque jour par les urines. Piorry, un des premiers entrés dans cette voie, a montré à l'Académie de médecine de Paris un malade qui rendait journellement neuf litres d'urine contenant 675 grammes de sucre; il lui fit prendre chaque jour 120 grammes de sucre candi et le mit à la diète des liquides. Au bout de douze jours, la quantité d'urine rendue était tombée à deux litres un quart, et celle du sucre excrété à 135 grammes (1). Le traitement du diabète par le sucre a été essayé encore par un certain nombre de praticiens distingués, entre autres, par les Drs Budd, Corfe, Bence Jones; non seulement la plupart des malades s'en sont bien trouvés, mais souvent même la quantité de sucre excrétée avec l'urine a diminué et la santé générale a subi une amélioration sensible. J'ai fait assez bien d'essais dans cette direction, et comme ils me paraissent offrir quelque intérêt, je rapporterai quelques observations.

Obs. CCXIII. — *Diabète sucré. — Amélioration apparente à la suite de l'usage de sucre.*

Commémoratif. — Alexandre Isset, âgé de 45 ans, tailleur, est entré le 19 novembre 1859. Tout ce qu'il peut nous dire, c'est qu'il est malade depuis quatre

(1) Comptes-rendus, 26 janvier 1857.

mois; il a éprouvé d'abord un appétit excessif qui ne lui était pas habituel, et, quoiqu'il le satisfît, ses forces allèrent déclinant, au point qu'il est forcé de venir à l'Infirmerie, étant incapable de tout travail.

Symptômes a l'entrée. — Le sujet est un homme amaigri, présentant une gibbosité sur le dos et une ankylose partielle du genou gauche. Urine pâle ayant une densité spécifique de 1040, contenant une grande quantité de sucre. Affaiblissement extrême. Autres fonctions normales.

Marche de la maladie. — 23 *janvier*. On a eu recours au traitement par l'opium, mais sans aucun avantage. La quantité d'urine rendue journellement atteint en moyenne sept litres et demi. Le sujet est si affaibli qu'en allant à la garde-robe, il est tombé aujourd'hui dans une syncope d'où on ne l'a tiré qu'à force de stimulants; c'est à peine s'il sait parler. Prescr. 240 *grammes de sucre à prendre dans les 24 heures, et régime mixte ordinaire*. — 29 *mars*. Sous l'influence de ce régime, le sujet a repris des forces et se trouve beaucoup mieux. Depuis quelques semaines, il passe toutes ses journées dans le jardin, il mange et boit beaucoup moins et ne rend plus que deux litres trois quarts à trois litres et demi d'urine. Il est donc infiniment mieux, mais comme il s'ennuie à l'hôpital et qu'il cherche depuis quelque temps tous les moyens de nous tromper, on le congédie.

Commentaire. — J'ai rapporté cette observation en raccourci parce que le résultat général est le seul qui nous intéresse en réalité; d'ailleurs, il serait peu utile de nous arrêter sur des détails où le sujet nous a peut-être trompés. Toujours est-il que cet individu était dans le plus piteux état lorsqu'il nous est arrivé et que le traitement suivi jusqu'au moment où le sucre a été administré ne l'avait pas empêché de s'affaiblir encore davantage. Du moment qu'on eut changé de médication, les choses changèrent du tout au tout; les forces revinrent et, ce qui est plus remarquable, loin d'augmenter, les phénomènes diabétiques diminuèrent notablement. Je regrette toutefois de devoir me borner à ce résultat général, car, je l'ai déjà dit, sur la fin de son séjour à l'hôpital nous nous sommes aperçus que le sujet cherchait à nous donner le change sur son état de santé, afin d'obtenir plus tôt son congé. Quoi qu'il en soit, cette observation m'avait frappé et je résolus de profiter de la première occasion qui se présenterait pour acquérir une expérience mieux précisée.

Obs. CCXIV (1) — *Diabète sucré traité par le sucre. — Amélioration sensible momentanée, suivie plus tard de cataracte, de phthisie et de mort.*

Commémoratif. — James Campbell, 33 ans, marié, berger du Perthshire, fut admis à l'Infirmerie Royale, le 19 novembre 1860. Il n'avait jamais été malade, lorsqu'il y a environ un an, il commença à souffrir d'une soif excessive et à boire de grandes quantités d'eau ou de bière suivant l'occasion. Peu de temps après, il s'aperçut qu'il urinait beaucoup plus qu'à son ordinaire. A partir de ce moment, il commença à perdre des forces, à éprouver des vertiges surtout lorsqu'il changeait de posture et à ressentir souvent des crampes dans les jambes. Il y a six ou sept semaines, il s'est trouvé si faible qu'il fut obligé d'abandonner son travail; depuis lors, il a encore maigri considérablement. Son régime habituel consistait en bouillie

(1) Recueillie par MM. C. H. Alfrey, W. Turner et A. Smart, élèves du service.

de gruau matin et soir et en viande à midi. Il a toujours aimé le wisky mais il n'en a jamais fait grand abus. Par la nature de son emploi, il a été toute sa vie exposé aux viscissitudes atmosphériques ; cependant il était toujours suffisamment vêtu.

Symptômes a l'entrée. — Il se plaint de crampes dans les mollets et dans les fesses ; les muscles de ces régions sont flasques. On constate un amaigrissement très prononcé et un affaiblissement considérable des muscles. Quand il se portait bien, il pesait 76 kilogrammes ; à présent il n'en pèse plus que 55 et demi. La peau est sèche et fendillée. Depuis le début de la maladie, toute transpiration est supprimée. Grande pâleur de la face et des lèvres. Commencement d'arc senile. Pouls à 52, faible. Bruits cardiaques et respiratoires naturels. Pas de céphalalgie, mais vertiges fréquents à la suite de tout changement brusque de position. Vision et ouïe un peu émoussées. La mémoire paraît également un peu affaiblie. Le malade répond avec lenteur mais d'une manière intelligente aux questions qu'on lui adresse. La langue est humide et recouverte d'un enduit blanchâtre. L'appétit est vorace ; cependant les digestions se font toujours bien, quelle que soit la quantité de nourriture ingérée. Selles régulières. Emission fréquente et très abondante d'urine. Ce liquide a une faible odeur urineuse, une densité spécifique de 1040, un goût douceâtre, et toutes les méthodes d'essai y décèlent une forte proportion de sucre.

Marche de la maladie. — Jusqu'au 22 décembre on ne fit aucun traitement suivi ; seulement, on tâcha le régler son régime tant sous le rapport de la quantité que sous celui de la qualité des aliments et de la boisson. On note également les quantités d'urine rendue et la proportion de sucre qu'elles contiennent. Voici au 23 décembre ce qui est consigné dans le registre de salle :

Régime. — 275 grammes de café ; 500 grammes de lait ; 180 grammes de viande rôtie ; 275 grammes de thé ; 30 grammes de beurre ; 2 œufs, 500 grammes de pain ; le tout ensemble faisant 770 grammes d'aliments solides.

Boisson ingérée, trois litres.

Quantité d'urine rendue, 5790 grammes. Pesanteur spécifique, 1040.

Quantité de sucre contenue dans une pinte anglaise (567 grammes) : 38 grammes. On prescrit, pour la première fois aujourd'hui, de prendre 225 grammes de cassonade, partie dans les boissons et partie en nature, à l'aide d'une cuiller. — 29 *janvier* 1861. L'état général est beaucoup amélioré. Le sujet pèse 62 kilogrammes ; il a le teint vermeil et toutes les apparences de la santé ; ses forces également ont beaucoup augmenté. Il a parfois encore un léger mal de tête mais plus jamais de crampes. — 25 *mars*. L'amélioration continue. Le poids du corps est de 66 kilogrammes. Il ne reste plus ni douleur, ni crampe, ni aucun malaise. Le sujet a bu aujourd'hui 2700 grammes d'eau et a rendu cinq litres et demi d'urine, dont la densité spécifique est de 1040. Congédié.

Rentré *le* 17 *mai* 1861. Depuis quelque temps le sujet perd de nouveau ses forces ; la vision baisse sensiblement ; la douleur et les crampes sont revenues dans les jambes. Rien à noter par rapport aux autres fonctions. On prescrit de nouveau l'usage du sucre. — 29 *juillet*. Le malade quitte l'hôpital aujourd'hui ; il se prétend beaucoup mieux, cependant il prend journellement trois litres et demi de boisson et rend six à sept litres d'urine. Il pèse 65 kilogrammes et demi.

Rentré *le* 22 *février* 1862. Depuis son départ de l'Infirmerie cet homme n'a plus travaillé ; cependant il n'a pas tardé à perdre des forces et à maigrir. Il pèse seulement 57 kilogrammes. Il se plaint de toux et de gêne de la respiration. En examinant la poitrine on trouve de la matité sous la clavicule gauche ainsi que des râles crépitants et une augmentation de la résonnance de la voix. Il expectore en abondance des crachats purulents et nummulaires ; il a des transpirations profuses toutes les nuits. Pouls à 80, faible. Des observations comparatives ont été faites, concurremment avec l'analyse des urines, afin de juger de l'influence des variations

du régime ; nous nous bornerons à dire à ce propos qu'à chaque changement de ce dernier, il se manifeste une légère amélioration. Cependant, la phthisie fait de rapides progrès ; inutile d'ajouter que la faiblesse et l'amaigrissement augmentent de même ; enfin, pris de découragement, le sujet voulut absolument nous quitter le 4 juin. Il mourut au mois d'octobre suivant.

Commentaire. — On aura remarqué dans cette observation, comme dans celle qui précède, le rétablissement rapide des forces et le retour de l'embonpoint sous l'influence de l'usage du sucre et d'un régime mixte. Quant aux symptômes diabétiques, ils subirent peu de changement. Enfin, la phthisie vint enlever le malade.

Obs. CCXV (1) *Diabète. — Traitement par le sucre. — Phthisie.*

Commémoratif. — Mary Innes, 22 ans, servante, entrée le 25 novembre 1862, dit qu'elle a toujours eu une bonne santé jusqu'au commencement du mois d'avril dernier. Vers cette époque, elle commença à se plaindre d'une soif continuelle et remarqua en même temps qu'elle urinait beaucoup plus que d'habitude. Ses forces déclinèrent promptement et elle se vit obligée d'entrer à l'infirmerie.

Symptômes a l'entrée. — Soif ardente; appétit bon, sans être augmenté. Tendance à la constipation. Sommeil interrompu. Suppression des règles depuis deux mois. Urines pâles, transparentes, acides, ayant une densité spécifique de 1047 ; les réactifs y décèlent assez bien de sucre. Pouls à 80, faible. Autres fonctions normales.

Marche de la maladie. — Des observations comparatives furent instituées comme dans le cas précédent, dans le but de déterminer en premier lieu l'état de la malade sous l'influence d'un régime mixte ordinaire et en buvant autant d'eau qu'elle voulait. Ensuite on lui fit prendre 240 grammes de sucre chaque jour. Le 24 janvier 1863, on cessa l'usage du sucre et on prescrivit le régime suivant : abstinence de pommes de terre et de pain. Thé sans sucre, 600 grammes. Gâteaux aux amandes du Dr Pavy, 120 grammes. Lait, 700 grammes matin et soir. 600 grammes de fort beef-tea à dîner, avec 120 grammes de viande rôtie, de poisson, ou des œufs. Le tableau suivant montre les résultats constatés dans ces diverses circonstances.

Moyennes de 7 jours Régime.	Liquides.		Pes. spécif. de l'urine.	Solides.		Sucre excrété	Poids de la malade
	Ingérés.	Rendus.		Ingérés.	Excrétés		
1. Sans sucre.	8370 gr.	7290 gr.	1043	810gr	120 gr.	825 gr.	53kilog.
2. Avec sucre.	8610	7290	1044	1110	165	893	52 $\frac{1}{2}$
3. » »	7470	6090	1045	945	150	832	52 $\frac{1}{2}$
4. » »	6870	5880	1045	930	180	820,6	52 $\frac{1}{4}$
5. » »	6570	5355	1045	870	120	726	51
6. Sans sucre.	5340	5070	1045	660	75	682	51 $\frac{1}{2}$
7. Régime animalisé.	3840	3090	1037	525	120	260	52 $\frac{1}{2}$

La malade est encore restée trois mois à l'hôpital. Durant ce temps la phthisie fit des progrès et les forces déclinèrent. A diverses reprises on a modifié le régime et administré de la strychnine, sans résultat. Enfin cette personne voulut retourner chez ses parents à la campagne ; et elle nous quitta le 20 avril, dans le dernier degré de la phthisie.

(1) Recueillie par M. James Rhind, élève du service.

Obs. CCXVI. — *Diabète. — Traitement varié.*

Commémoratif. — William Mackay, 23 ans, magasinier, entré le 5 février 1862, a toujours joui d'une bonne santé jusqu'au mois de juillet de l'année dernière. Vers cette époque il commença à éprouver habituellement une faim et une soif extraordinaires; en même temps il rendait beaucoup d'urine. Sentant ses forces s'en aller de plus en plus, il se résigna à venir à l'hôpital.

Symptômes a l'entrée. — Appétit et soif exagérés. Urine pâle, transparente, douceâtre au goût, d'une odeur fade, pesanteur spécifique 1033, contenant assez bien de sucre. Amaigrissement très avancé. Traits contractés et fort pâles. Transpiration la nuit. Poids du corps 52 kilogrammes. Taille 1m 68.

Marche de la maladie. — 21 *février*. Le malade jusqu'à ce jour a eu la ration pleine de l'hôpital, laquelle constitue un régime mixte. Divers modes de traitement furent successivement consignés dans le tableau suivant par le Dr Smart, médecin-résident.

Moyennes de 10 jours. Régime, etc.	Liquides.		Pes. spécif. de l'urine.	Solides.		Sucre excrété.	Poids de le malade
	Ingérés.	Rendus.		Ingérés.	Excrétés		
1. Régime mixte à volonté.	369 onces	403 onces	1039	36 onces	25 onces	17,717 gr.	115 liv.
2. Id. avec 210 gr de sucre.	404	407	1040	52	14	17,208	115
3. Régime mixte à volonté.	398	447	1039	52 ¼	18	16,615	115
4. Régime azoté.	237	275	1037	24	7	10,063	113
5. Régime mixte à volonté.	337	356	1037	37	9	13,125	109
6 Id. avec 6 gr de chlorate de potasse.	290	275	1033	34	3	7,437	110
7. Régime mixte à volonté.	328	301	1036	36	5	10,163	113
8. Id. avec 240 gram de sucre.	386	328 ½	1036	44	8	11,083	108

La santé générale jusqu'au moment où ces observations ont été consignées, c'est-à-dire jusqu'au 30 *avril*, n'a subi aucune altération. Le malade est demeuré dans l'établissement jusqu'au 24 *juin*. On le congédia sur ses instances. Il était à peu près dans le même état que lors de son arrivée, seulement il ne pesait plus que 49 kilogrammes et demi.

Obs. CCXVII. — John Taylor, ouvrier aux mines de fer et de charbon, 33 ans, entré le 5 avril 1864, s'était toujours bien porté jusqu'il y a trois mois. Aujourd'hui il est amaigri, a la peau sèche, le pouls à 80, médiocrement fort. Langue nette; selles régulières. Pas de toux. La vue se brouille très vite en lisant. *Moyennes des annotations recueillies chaque jour du 13 au 25 mai, sous l'influence du régime ordinaire.*

POIDS DES INGESTA EN ONCES					URINE.				EXCRETA SOLIDES.	POIDS DU MALADE.	REMARQUES GÉNÉRALES.
Poids brut.	Azotés.	Carbonés	Total alimentaire	Liquides	Quantité en onces	Sucre en onces.	Densité spécifique.	Autres caractères.	Poids en onces.	Livres.	
141 8	7.84	19.3	27.14	114.66	170	12.493	1.042	Pâle, acide, sans dépôt.	12.4	113	Pouls à 70; peau sèche; langue humide; selles régulières.
					Du 26 Mai au 8 Juin (8 onces de sucre par jour).						
124 6	7.24	24.3	31.54	93 06	184	13.237	1.042	Claire, sans dépôt.	10.5	111.5	Dégoût prononcé pour le sucre; faiblesse croissante. Pouls à 80.
					Du 8 au 15 Juin (toujours le régime avec sucre).						
124 6	7.24	24 3	31.54	93 06	190.6	15.880	1.043	Pâle, acide, sans dépôt	13.6	113	Pouls à 68, assez fort. Diarrhée depuis 4 jours.
					Du 16 au 22 Juin (encore le régime avec sucre).						
124.6	7.24	24.3	31.54	93.06	167 6	10.983	1.041	Pâle, acide, nuageuse, sans dépôt	12 3	117	Pouls à 72, assez fort. Pas de diarrhée. Il prétend toujours que le traitement ne lui fait pas de bien.
					Du 23 Juin au 6 Juillet (8 onces de substances grasses avec sucre et 6 onces de pain additionnelles.						
130	7.7	27.3	31	90	166	13.724	1.044	Incolore, acide, sans dépôt	12	118.5	Se loue du régime actuel; se sent plus de force.
					Du 7 au 20 juillet. Même régime.						
130	7.7	27.3	34	96	165	14.729	1.042	Incolore, sans dépôt.	9	124	Le mieux continue.
					Du 22 au 27 Juillet. Régime ordinaire comme au début.						
122	8	19	27	76	168	17.374	1.044	Claire, acide, sans depôt.	11	125	Sorti le 30 juillet 1864.

Régime ordinaire, 13 Mai. — Bœuf bouilli, 180 gram.; pain, 960 gram.; œufs, 4; beef-tea, 300 gram.; lait frais, 600 gram.; lait battu, 900 gram.; thé, 000 gram.

Sucre. — Le 26 Mai, on en ajoute 240 grammes au régime précédent.

Substances grasses. — Le 23 juin, on en donne 240 grammes au lieu de sucre. — Ces substances consistent en : beurre, 120 gram.; graisse de rognons de bœuf, 90 gram.; huile de morue, 30 gram.

Obs. CCXVIII. — Mathieu Reilly, 24 ans, ouvrier, entré le 23 février 1864, s'est bien porté jusqu'au mois de mai de l'an dernier. Il remarqua, vers cette époque, qu'il devait boire et urinait beaucoup plus que de coutume. Pouls à 92, un peu faible; transpirations abondantes; léger enduit sur la langue; selles régulières; pas de toux; rien du côté des yeux.

Moyennes des annotations recueillies chaque jour du 13 au 18 Mai, sous l'influence du régime ordinaire.

POIDS DES INGESTA EN ONCES.					URINE.				EXCRETA SOLIDES.	POIDS DU MALADE.	REMARQUES GÉNÉRALES.
Poids brut.	Azotés.	Carbonés	Total alimentaire.	Liquides	Quantité en onces.	Sucre en onces.	Densité spécifique.	Autres caractères.	Poids en onces.	Livres.	
290.3	12.02	21.23	33.85	262.45	319 1	21.193	1.038	Coloration jaune. Réaction acide.	13.2	140.4	Pouls à 90-100; diarrhée; transpirations.
Du 30 Mai au 8 Juin. Régime animalisé.											
121.0	20.96	9 32	30.28	90 72	97.0	5.870	1.046	Fétide, alcaline, dépôt phosphatique.	13.4	147.7	Pouls à 88; les forces reviennent; langue chargée.
Du 9 au 15 Juin. Même régime.											
121.0	20.96	9.32	30.28	90.72	108.0	6.660	1.041	Coloration jaune; dépôts phosphatiques.	14.1	151.5	Soif moins vive; appétit bon; selles régulières.
Du 16 au 22 Juin. Encore même régime.											
121.0	20.96	9.32	30.28	90.72	107.7	7.788	1.044	Coloration jaune. Faible dépôt phosphatique.	14	152	Amélioration progressive.
Du 23 Juin au 6 Juillet. Continuation du même régime.											
121.0	20.96	9.32	30.28	90.72	108	7.622	1.043	Pâle, alcaline Pas de dépôt	13.5	153.5	Id.
Du 7 au 20 Juillet. Toujours même régime, seulement on administre 1 gramme de poudre de Dover par jour.											
121.0	20.90	9.32	30.28	90.72	110	5.973	1.041	Jaune, très-fétide. Dépôt phosphatique.	9.6	155	Transpirations plus abondantes. Appétit bon.
Du 22 au 27 Juillet. Régime ordinaire du début.											
221	12	31	33	187	220	15.440	1.040	Claire, sans dépôt.	10	150	Sorti le 30 Juillet 1864.

Régime ordinaire, 13 Mai. — Bœuf bouilli, 120 gram.; bœuf rôti, 120 gram.; pain, 1,100 gram.; œufs, 4; beef-tea, 600 gram.; thé, 900 gram.; eau, 4 litres.
Régime animalisé ou *diabétique*. 30 Mai. — Galette de son, 600 gram.; œufs, 6; viande rôtie, 540 gram.; chou, 480 gram.; vin de Porto, 90 gram.; soda-water, 900 gram.; eau de chaux, 240 gram.

Obs. CCXIX — **John Macdonald**, tisserand, âgé de 40 ans, entré le 11 Mai 1864, perd de ses forces depuis trois ou quatre ans. Il a remarqué l'été dernier qu'il urinait beaucoup plus qu'à l'ordinaire, et, vers la fin du mois d'août, il fut tourmenté d'une soif excessive. Amaigrissement prononcé. Pouls à 80, faible. Peau sèche, mais parfois des sueurs la nuit. Langue humide; selles régulières; toux légère et expectoration insignifiante; presbytie; are senile.

Moyennes des annotations recueillies chaque jour du 13 au 25 Mai, sous l'influence du régime ordinaire.

POIDS DES INGESTA EN ONCES.					URINE.				EXCRETA SOLIDES.	POIDS DU MALADE.	REMARQUES GÉNÉRALES.
Poids brut.	Azotés.	Carbonés	Total alimentaire.	Liquides	Quantité en onces.	Sucre en onces.	Densité spécifique.	Autres caractères.	Poids en onces.	Livres.	
473.1	13.16	26.20	33.36	439.74	462.3	22.683	1.032	Pâle, acide, sans dépôt.	10.8	119.3	Pouls à 80. Toux légère.
					Du 26 Mai au 8 Juin. Régime animalisé.						
107.0	23.39	10.81	34 20	72.80	125.4	7.411	1 039	Claire, sans dépôt.	16.0	117.1	Appétit meilleur. Selles régulières. Mieux général.
					Du 9 au 15 Juin. Même régime.						
107.0	23.39	10 81	34.20	72.80	121	7.880	1.038	Pâle, acide, sans dépôt.	15 4	119	Pouls à 80. Soif moins vive. Retour de forces. Etat moral meilleur.
					Du 16 au 22 Juin. Même régime.						
107.0	23.39	10.81	34.20	72 80	122.6	6.931	1.038	Pâle, sans dépôt. Réaction neutre.	15	121.5	Le mieux continue.
					Du 23 Juin au 6 Juillet. Même régime.						
107.0	23.39	10.81	34.20	72.80	106	6.621	1.040	Pâle, fétide, alcaline, sans dépôt.	13	122 5	Même état.
					Du 7 au 20 Juillet Même régime. On fait prendre en plus 1 gramme de poudre de Dover par jour.						
107	23 39	10.81	34.20	72.80	110	6.550	1.044	Jaune de paille.	12.3	122	Appétit bon.
					Du 22 au 27 Juillet. Régime ordinaire, comme au début.						
383	13	26	33	350	320	24.704	1.043	Pâle, transparente, sans dépôt.	10	121	Pouls à 72. Transpirations moins fortes. Sorti le 30 juillet 1864.

Régime ordinaire, 13 Mai. — Beef-steak, 180 gram.; pain, 1,350 gram.; chou, 240 gram.; œufs, 4; beef-tea, 600 gram; lait, 1,200 gram.; thé, 1,200 gram. eau, 9,300 gram.

Régime animalisé ou diabétique, 26 Mai. — Viande rôtie, 600 gram.; œufs, 180 gram; chou, 480 gram.; vin de Porto, 90 gram.; soda-water, 900 gram.; eau de chaux, 240 gram.; galette de son, 720 gram.

Commentaires. — Les six dernières observations de diabète ont été recueillies avec le plus grand soin, et les faits qui s'y rapportent ont été l'objet d'une analyse minutieuse. Mon but était de déterminer l'influence du sucre comme moyen thérapeutique contre cette affection; on remarquera, d'après les résultats signalés dans les tableaux ci-dessus, que si le sucre ne donne pas de guérison, il n'aggrave pas non plus les symptômes. Le traitement destiné à supprimer l'apport des substances saccharines dans le tube digestif a bien pour effet de pallier certains symptômes, mais il n'exerce aucune influence sur la marche de la maladie. Dans les deux premiers cas (Obs. CCXIII et CCXIV), 240 grammes de sucre furent administrés journellement; les forces des malades se rétablirent d'une manière merveilleuse. L'absence de tout travail, le repos et le régime régulier de l'établissement peuvent bien, il est vrai, avoir une grande part dans ce résultat; seulement, on ne saurait contester le fait que l'usage du sucre n'a produit aucun mauvais effet. Chez la troisième malade (Obs. CCXV), la soif et la quantité d'urine rendue diminuèrent progressivement durant tout le temps de l'administration du sucre; quant aux autres symptômes ils restèrent au même point. Dans ce cas comme dans le précédent, ce fut la complication tuberculeuse qui détermina la terminaison fatale. Dans le quatrième cas (Obs. CCXVI), divers modes de traitement furent expérimentés et, comme on le voit d'après le tableau où sont consignés minutieusement les résultats obtenus par rapport aux ingesta, aux excrétions, à la quantité de sucre rendue et au poids du sujet, il n'en est résulté aucun avantage. Les trois derniers cas (Obs CCXVII. CCXVIII. et CCXIX) se rencontrèrent dans la salle en même temps. Les observations et les analyses les plus laborieuses ont été poursuivies pendant toute la durée des trois mois de la session d'été de 1864. Les tableaux précédents faciliteront l'étude des résultats obtenus. Dans un cas (Obs. CCXVII) dont le début remontait seulement à trois mois, la santé générale s'améliora considérablement et le poids du corps augmenta sous l'influence de l'emploi journalier de 240 grammes de sucre, et plus tard, d'autant de substances grasses. Ce résultat doit être attribué, sans doute, au peu d'ancienneté de la maladie. Les sujets des observations CCXVIII et CCXIX furent soumis au régime fortement animalisé; et nous avons vu la soif, la faim, les quantités d'urine et de sucre diminuer très notablement; cependant ce n'était là qu'un amendement plus apparent que réel, car dès que les sujets revinrent à l'alimentation ordinaire les symptômes reprirent la même intensité. De tout ce qui vient d'être dit, il résulte: 1°, que nous ne connaissons pas encore de traitement efficace à opposer au diabète; 2°, que l'on a exagéré beaucoup les avantages du régime animalisé exclusif ou de la privation des matières saccharines; 3°, que l'usage du sucre ou d'un régime mixte ne produit aucun effet nuisible; 4°, qu'un régime d'où sont exclues les substances saccharines diminue les symptômes, modère la faim et surtout la soif, enfin diminue la quantité d'urine et de sucre rendue, mais ne guérit point la maladie. 5°, Pour ces raisons, ce régime

sera prescrit comme palliatif toutes les fois qu'il pourra être suivi sans nuire à la santé, et spécialement lorsque la fréquence des envies d'uriner trouble le repos de la nuit.

L'imperfection de nos connaissances, relativement à la pathologie du diabète, et les rapports intimes entre la fonction glycogénique du foie et cette affection, ont provoqué dans ces dernières années un grand nombre de recherches dans cette matière. Nous citerons en première ligne les expériences de F. W. Dock (1) : il a montré que chez les lapins, sous l'influence du curare, du sucre apparaît en forte quantité dans l'urine, lors même que l'animal est à jeûn depuis assez longtemps pour qu'il ne reste plus d'aliment dans le tube digestif, et même pour que toute la substance glycogène ait disparu complètement dans le foie. C'est ce qui a fait supposer que les muscles pourraient bien servir à emmaganiser du sucre (2). Cette idée d'ailleurs est conforme à certaines expériences de Weiss, montrant qu'une alimentation insuffisante ou l'absence de principes hydrocarbonés diminue la substance glycogène du foie dans une proportion beaucoup plus forte que celle des muscles. Au reste, il y a longtemps que les praticiens avaient déjà noté la grande faiblesse musculaire comme un des symptômes marquants du diabète, non moins que la persistance du sucre dans l'urine, malgré l'emploi d'un régime animal exclusif. Un grand intérêt s'attache à ces divers points de physiologie pathologique ; toutefois, il est nécessaire que de nouvelles expériences viennent les confirmer et les élucider.

FIÈVRE CONTINUE.

On peut dire qu'il y a fièvre lorsqu'il existe de l'accélération du pouls, de la sécheresse à la peau, une soif inaccoutumée avec une langue saburrale et de la céphalalgie. Ces symptômes sont communément précédés par une période d'indisposition, d'étendue et d'intensité variables, et le moment de l'invasion fébrile est marqué par un frisson ou sensation de froid. Ce frisson, sans être toujours bien caractérisé, servira donc à indiquer la date de l'invasion de la fièvre.

Quoiqu'on puisse toujours dire, dans un sens, qu'il y a fièvre quand le groupe des symptômes susmentionnés se rencontre, cette fièvre peut être idiopathique et essentielle, ou symptomatique de quelque lésion locale. C'est à la première espèce que s'applique universellement le terme de fièvre. Certains pathologistes, il est vrai, ont voulu nier l'existence des fièvres idiopathiques ou essentielles ; seulement, ils n'ont jamais pu s'accorder entre eux pour désigner le genre de lésion dont cette fièvre est alors symptomatique. On a voulu voir dans la fièvre intermittente un trouble

(1) *Archiv. de Pfluger*. Band 5, pp. 571-581.
(2) *Bericht. Wien. Acad. Sitz 2 Abtheid*. Juillet 1871.

symptomatique d'une lésion de la rate, et dans la fièvre rémittente l'effet d'un dérangement intestinal. Pour ce qui est de la fièvre continue, on l'a rapportée à un typhus tantôt cérébral, tantôt abdominal ou intestinal. D'autres médecins encore l'ont rattachée aux exanthèmes, par suite de ce qu'elle s'accompagne souvent de quelque éruption à la peau. Si, cependant, vous voulez vous donner la peine de bien étudier la fièvre continue telle qu'elle se présente à Edimbourg, vous ne tarderez pas à être convaincus qu'elle se montre fréquemment en l'absence de toutes ces lésions. S'il fallait toujours voir dans la fièvre l'expression morbide de quelque lésion organique, il faudrait encore, comme l'a du reste fait observer le Dr Christison, admettre avec plus de plausibilité l'existence d'un typhus pulmonaire, attendu que les complications du côté des poumons sont dans ce pays beaucoup plus fréquentes que celles d'aucun autre organe, durant la fièvre continue. Je me rallie donc à ceux qui considèrent la fièvre continue comme une maladie essentielle, sous la dépendance d'un état inconnu du sang et tantôt accompagnée, tantôt suivie de l'une ou l'autre lésion locale du côté des viscères intra-craniens, thoraciques, abdominaux, ou de quelque éruption à la peau.

Cette manière d'envisager la fièvre en général n'empêche pas qu'il faille y distinguer différentes formes décrites diversement par les auteurs tant en Angleterre qu'à l'étranger. On a souvent agité la question de savoir si la forme prédominante dans certaines localités était ou non de la même nature que celle observée dans d'autres localités ou à différentes époques, et si les différences observées se rapportent à des lésions particulières. Tout médecin familiarisé avec la fièvre habituelle à Edimbourg et qui l'observe ensuite à Paris, ne tarde pas à s'apercevoir qu'il en faut faire au moins deux genres bien distincts : l'un notre *typhus*; l'autre, ce que les Français nomment *fièvre typhoïde*. Il y a plus : tous ceux qui ont pratiqué à Edimbourg depuis une vingtaine d'années savent très bien que, de loin en loin, ils y observent une forme particulière à marche rapide, mais qui a une grande tendance à récidiver à des intervalles réguliers. Enfin la fièvre, à l'instar de beaucoup d'autres maladies, présente aussi une forme bénigne, une sorte de diminutif; nous la désignons sous le nom de *febricula*; elle est connue aussi sous les noms de fièvre éphémère, de fièvre synoque, de fièvre inflammatoire.

Tous les praticiens sont parfaitement familiarisés avec ces diverses formes de fièvre; mais quand il s'agit de décider si elles constituent des variétés ayant des caractères spéciaux toujours reconnaissables, ayant une marche déterminée et donnant une certaine immunité contre les autres formes ; la question est bien loin d'être résolue.

Le Dr Jenner, dans une série d'articles excellents publiés dans le *Monthly Journal* en 1849-50, s'est efforcé de montrer que la fièvre synoque, la fièvre recurrente, la fièvre typhoïde et le typhus constituent autant de maladies distinctes. Il les considère, pour me servir de ses expressions, comme étant « aussi différentes entre elles que le sont la

rougeole, la scarlatine et la variole; le miasme ou poison qui engendre l'une ne pouvant en aucun cas produire ou déterminer les autres ». Voici les principaux caractères qu'il donne comme distinctifs de ces quatre genres de fièvre (1).

« *Fièvre synoque* (fébricula). — Affection s'accompagnant de frissons alternant avec des sensations de chaleur, de la céphalalgie, une langue saburrale, de la constipation, des urines rares et fortement colorées, de la sécheresse avec chaleur à la peau, de la fréquence du pouls, et se terminant dans un laps de temps variable entre deux et sept jours; elle reconnaît pour causes des excès de tout genre, l'exposition aux intempéries, l'excès de fatigue, etc., etc.; en un mot, la fièvre synoque n'a pas de cause spécifique.

« *Fièvre récurrente.* — Maladie produite par une cause spécifique et se traduisant par des frissons, de la céphalalgie, des vomissements, une langue saburrale, de la sensibilité à l'épigastre, de la constipation, de l'engorgement du foie et de la rate, des urines fortement colorées, un pouls fréquent, de la chaleur à la peau, parfois de l'ictère, et se terminant par une convalescence apparente dans un espace de temps de cinq à huit jours; au bout d'un septenaire survient une rechute avec retour de tous les mêmes symptômes. A l'autopsie, on trouve le foie et la rate considérablement augmentés de volume, mais il n'existe pas de trace évidente de congestion des organes internes.

(1) Le lecteur trouvera dans le tableau synoptique ci-dessous, les chiffres qui peuvent représenter la fréquence de la fièvre à différentes époques, d'après les relevés de l'infirmerie royale de cette ville, depuis le commencement du siècle actuel.

Tableau contenant le nombre de cas de fièvre reçus annuellement à la Royal Infirmary, depuis le commencement de ce siècle :

En 12 mois jusqu'à déc.	1800,	329	En 12 mois jusqu'à déc.	1822,	355	En 12 mois jusqu'à oct.	1844,	3339
» »	1801,	161	» »	1823,	102	» »	1845,	683
» »	1802,	156	» »	1824,	177	» »	1846,	693
» »	1803,	232	» »	1825,	311	» »	1847,	3688
» »	1804,	323	En 9 mois jusqu'à oct.	1826,	456	» »	1848,	4693
» »	1805,	175	En 12 mois jusqu'à oct.	1827,	1875	» »	1849,	726
» »	1806,	95	» »	1828,	2013	» »	1850,	520
» »	1807,	110	» »	1829,	771	» »	1851,	959
» »	1808,	111	» »	1830,	346	» »	1852,	691
» »	1809,	186	» »	1831,	758	» »	1853,	574
» »	1810,	143	» »	1832,	1391	» »	1854,	168
» »	1811,	96	» »	1833,	878	» »	1855,	201
» »	1812,	103	» »	1834,	690	» »	1856,	187
» »	1813,	75	» »	1835,	826	» »	1857,	132
» »	1814,	87	» »	1836,	652	» »	1858,	168
» »	1815,	96	» »	1837,	1224	» »	1859,	174
» »	1816,	105	» »	1838,	2241	» »	1860,	153
» »	1817,	485	» »	1839,	1235	» »	1861,	121
» »	1818,	1546	» »	1840,	782	» »	1862,	136
» »	1819,	1088	» »	1841,	1372	» »	1863,	210
» »	1820,	638	» »	1842,	842	» »	1864,	440
» »	1821,	327	» »	1843,	2080			

Digitized by Google

« *Fièvre typhoïde.* — Affection déterminée par une cause spécifique et caractérisée par des frissons, de la céphalalgie, des poussées successives de petites taches rosées larges comme des lentilles, de la fréquence du pouls, des râles sonores dans la poitrine, de la diarrhée, du ballonnement avec résonnance et sensibilité du ventre, un certain gargouillement dans la fosse iliaque droite, une augmentation de matité dans la région splénique, du délire, une langue sèche et brune, de la prostration, et se terminant vers le trentième jour. Quand on fait une autopsie, on trouve les glandes mésentériques hypertrophiées, les glandes en plaques de Payer engorgées ou ulcérées, la rate augmentée de volume, des ulcérations disséminées et des inflammations en divers points de l'organisme.

« *Typhus fever.* — Affection reconnaissant une cause spécifique et déterminant des frissons, de la céphalalgie, une sorte d'éruption miliaire, avec pouls fréquent, délire, langue sèche et brune, prostration, et se terminant vers le vingt-unième jour. Après la mort on trouve des congestions disséminées très fortes, et chez les jeunes sujets de l'engorgement de la rate. » — (*Médical Times — Vingtième article*).

Le docteur Dundas, en 1852, (1) a produit une autre doctrine entièrement opposée à celle du Dr Jenner. Voici un résumé des opinions qu'il a émises à ce sujet. — Il n'existe pas de différences spécifiques entre les diverses sortes de fièvres continues ; il y a plus : il n'y en a pas entre les fièvres continue, intermittente et rémittente. Toutes ces affections constituent une seule et même entité morbide et sont justiciables d'un remède unique, la quinine. Ce médicament donné à la dose de 0,65 centigrammes, répétée à des intervalles de deux heures, jusqu'à ce que le malade en ait pris cinq ou six doses, lui a toujours réussi à arrêter ou à couper la fièvre, comme s'il s'agissait d'une fièvre intermittente. Ces assertions, produites sérieusement et maintenues encore par un médecin tel que le Dr Dundas, qui a pratiqué son art sur une large échelle au Brésil et dans ce pays, assertions soutenues d'ailleurs par divers praticiens de Liverpool, qui ont publié des cas à l'appui, m'ont déterminé à essayer cette méthode.

Dans le cours des mois de novembre, décembre et janvier 1851-52, je soumis à ce traitement dix-neuf cas de fièvre continue dans les salles de la clinique : quatre de fièvre synoque, un de fièvre récurrente, trois de fièvre typhoïde et onze de typhus. Je parlerai plus loin des résultats que j'ai obtenus de la quinine. Les observations dont il est ici question ont été recueillies avec le plus grand soin et tous les phénomènes qui pouvaient intéresser l'une ou l'autre des deux doctrines en présence ont été notés scrupuleusement. Toutefois j'ai cru devoir passer certains détails trop longs qui se trouvent consignés dans les registres des salles de l'hôpital. En outre, afin d'éviter des répétitions, j'ai simplement signalé en tête des observations qui vont suivre, quand le traitement par la quinine avait été employé. En tout cas, je puis le dire, je me suis conformé scrupuleusement au mode d'administration du médicament préconisé par le Dr Dundas.

(1) *Sketches of Brazil, including new views on Fever*, etc., 1852.

FIÈVRE SYNOQUE.

Obs. CCXX (1).

Margaret Divine, 42 ans, entrée le 26 novembre 1851, a été prise de frissons le 23, après avoir éprouvé durant les deux jours précédents de la céphalalgie et une courbature générale. Au moment de son arrivée, elle se plaint de douleurs dans les membres et d'une sorte d'endolorissement parmi tout le corps. Elle a perdu complètement l'appétit, mais elle éprouve une soif ardente et sa langue est sèche et chargée; depuis longtemps elle est sujette au pyrosis. La peau est chaude, le pouls à 80, fort; un léger murmure anormal accompagne le premier bruit du cœur. Prescr: *Solution d'acétate d'ammoniaque, 30 grammes. Vin antimonial, 60 grammes. Eau, 90 grammes. M.* En prendre une cuillerée à soupe toutes les quatre heures.

28 *novembre.* Amélioration sensible aujourd'hui; pouls à 72; l'urine recueillie dans un verre montre un sédiment qui occupe le quart de la hauteur de la colonne du liquide. Il reste encore une douleur sourde superficielle. — 29 *novembre.* L'endolorissement général est dissipé. La malade se sent parfaitement bien et veut se lever. La convalescence est complète, mais cette personne se trouvant très faible et ayant une pauvre santé, nous l'avons gardée jusqu'au 15 *décembre.*

Obs. CCXXI (2).

Susane Rennie, femme d'ouvrage, âgée de 49 ans, est entrée à l'Infirmerie le 15 décembre 1851. Le 11, elle fut saisie de frissons, suivis de douleurs vers la partie inférieure du dos et dans les membres, le tout avec des alternatives de froid, de chaleur et de transpirations durant toute la journée. En même temps elle éprouvait de la céphalalgie, une soif vive et un manque complet d'appétit. Au moment de l'entrée, la langue est un peu chargée; la malade a des nausées continuelles et rend pour ainsi dire tout ce qu'elle prend. La peau est chaude mais humide; on n'aperçoit aucun signe d'éruption sur le corps. On remarque une petite toux sèche et un peu d'expectoration. Pouls à 76, petit. Cet état de choses persista jusqu'au 19 décembre; à la suite d'une transpiration abondante et d'un sommeil prolongé, la fièvre disparut et la malade entra en convalescence. Elle fut congédiée le 1er *janvier.* Le traitement a consisté en diverses préparations salines, calmantes et un peu stimulantes.

Obs. CCXXII (3).

Thomas Stevens, 21 ans, domestique de ferme, est entré à l'Infirmerie le 24 novembre 1851. La veille, pendant qu'il était occupé à faire sa besogne, il fut saisi tout à coup d'un violent frisson, suivi de céphalalgie et de douleurs dans le dos. La nuit suivante fut agitée et sans sommeil; le lendemain, lorsqu'il voulut se remettre au travail, les frissons et le mal de tête redoublèrent et il se trouva incapable de rien faire. Le sujet ne croit pas avoir été exposé à aucune contagion. Il est déjà venu à l'hôpital à plusieurs reprises et entre autres, trois fois pour des affections fébriles. Au moment de son entrée il a la langue humide et nette; l'appétit persiste mais avec une soif excessive. Depuis quelques jours les selles ne sont plus régulières. Il existe quelques râles bronchiques dans le poumon gauche

(1) Recueillie par M. J. L. Brown, élève du service.
(2) Recueillie par le même.
(3) Recueillie par le même.

avec des crachats épais, visqueux, muco-purulents. Grande sécheresse et chaleur à la peau; céphalalgie, principalement dans la région frontale où se fait sentir une sorte de battement intérieur. Pouls à 72, assez fort. On ordonne une dose d'huile de ricin, laquelle est suivie de nombreuses évacuations Prescr. : *Vin d'antimoine, 15 grammes; solution de chlorhydrate de morphine 4 grammes; eau, 170 grammes. M. En prendre 15 grammes toutes les deux heures.* Le malade continue à se plaindre de céphalalgie et d'agitation ; le pouls toujours à 80 est plein et très fort. Dans la soirée du 25, il survient une légère moiteur à la peau, et le lendemain dans la matinée une transpiration profuse. Le 30, on abandonne la portion stibiée ; la convalescence se confirme et cet homme part guéri le 8 décembre.

Obs. CCXXIII (1).

Andrew Downan, 11 ans, employé dans une fabrique de tabac, est entré le 14 janvier 1852. Le 11, il fut pris d'un violent mal de tête, de perte d'appétit et d'une soif excessive ; la peau devint très brûlante et il se plaignit d'un abattement général. Pas de frisson distinct, ni d'autre symptôme prémonitoire. Ce garçon a déjà eu le typhus il y a cinq ans et a séjourné alors neuf semaines à l'Infirmerie. La langue est sèche et d'un rouge vif, surmonté d'un mince enduit blanchâtre à travers lequel percent de petits points rouges, les papilles de la langue. Anorexie; soif vive; peau chaude et sèche; aucune apparence d'éruption. Le lendemain de l'admission, dans la matinée, la peau commence à se recouvrir de sueurs et elle a perdu de sa chaleur; le pouls est redevenu normal. Le petit malade garde encore le lit deux jours; se sentant en état de se lever il ne veut plus rester davantage.

Commentaire. — La fièvre synoque s'est montrée comme la forme prédominante des fièvres continues, durant la première partie de la session d'hiver de 1851-52; les quatre observations relatées ci-dessus représentent très bien la forme de l'affection qui régnait en ville à cette époque. On aura remarqué que la fièvre était généralement très forte; les frissons aussi étaient très prononcés, pourtant le pouls n'était pas très accéléré. Il est impossible, au début, de distinguer cette affection du typhus, et c'est là, disons-le en passant, une observation qui n'est pas sans importance quand se pose la question : peut-on arrêter la marche d'une fièvre continue une fois qu'elle est manifestement confirmée ? Une condition *sine qua non* pour résoudre cette question serait de ne jamais commencer le traitement avant le septième jour. Si, par exemple, nous eussions institué le traitement du Dr Dundas dans les cas précédents, nous aurions pu être induits en erreur et croire à son efficacité. Or, nous verrons bientôt des preuves de son impuissance contre le typhus et contre la fièvre typhoïde.

FIÈVRE RÉCURRENTE.

Obs. CCXXIV (2).

Edward Anderson, suédois de naissance, colporteur, âgé de 25 ans, est entré à l'Infirmerie le 15 décembre 1851. Il a éprouvé un premier frisson le 8, de la céphalalgie, des douleurs dans le dos et parmi tout le corps, enfin une courbature générale ; cependant il a résisté jusqu'au 14 sans se mettre au lit.

(1) Recueillie par M. J. L. Brown, élève du service.
(2) Recueillie par M. W. M. Calder élève du service.

La langue est chargée d'un enduit épais ; il y a anorexie, soif vive, constipation, céphalalgie légère. Pouls à 70, de force ordinaire, peau chaude quoique moite, présentant une éruption bien marquée de petites taches arrondies et ovales, d'une coloration rouge rosée, légèrement élevées au-dessus de la surface de la peau, disparaissant complètement sous la pression, disséminées un peu par tout le corps mais plus nombreuses sur le thorax. — 16 *décembre*. Insomnie la nuit dernière ; pouls à 75, de force naturelle ; transpiration abondante ; soif vive, appétit nul ; taches plus nombreuses. On donnera un verre d'eau gazeuse et 180 grammes de vin. A l'heure du coucher on donnera 15 grammes de la mixture suivante : Pr. : *Teinture de jusquiame, 4 grammes. Teinture de kino, 8 grammes. Eau, 60 grammes.* M. A partir de ce moment, le malade va mieux et n'a plus de fièvre jusqu'au 29, jour où il demande sa sortie, qu'on lui accorde malgré son état de faiblesse. Avant de le congédier on l'examine avec soin ; les différents organes sont dans leur état normal.

Le malade demande à rentrer le 5 *janvier* 1852. A sa sortie de l'hôpital il a essayé de reprendre son travail ; mais le 1er janvier, ou 24 jours après avoir éprouvé le frisson précurseur de sa première attaque de fièvre, il se plaignit de froid avec tremblement, de douleurs dans le dos et dans la gorge avec difficulté d'avaler. En même temps il avait une dyspnée très-forte. Aujourd'hui, la langue est sèche et chargée ; la muqueuse de l'isthme du gosier et de l'arrière gorge est très congestionnée et recouverte d'une mince couche de pus ; il y a de la constipation, un peu de douleur par tout le ventre, mais surtout dans la région iliaque droite. Voix indistincte et voilée ; toux fréquente revenant par accès ; expectoration insignifiante ; absence de signes physiques du côté de la poitrine ; pouls à 110, plein et dur ; peau chaude et comme congestionnée ; on note sur l'abdomen quelques petites taches rosées, semblables à celles décrites plus haut. Prescr. : *Vin d'antimoine, 30 grammes. Eau, 180 grammes. M. En prendre 30 grammes toutes les deux heures.* — 6 *janvier*. La douleur à la pression dans la région iliaque droite est augmentée. Sommeil mauvais. Pouls à 90, plein mais plus mou. Acétate d'ammoniaque et morphine en potion. 6 sangsues sur la fosse iliaque droite. — 8 *janvier*. (8e jour ou 32e à dater de la première attaque). La nuit dernière il est survenu un peu de sueur ; rien à noter du côté des urines. Aucune douleur à la pression sur l'abdomen. — 9 *janvier*. Retour bien marqué de l'éruption durant 24 heures, puis disparition graduelle. — 12 *janvier*. (36e jour). Aggravation légère de la fièvre et du mal de gorge ; pouls à 120, vif et vibrant ; urine normale. Cependant, à partir de ce jour, le malade entre en convalescence et sort guéri le 1er février.

Commentaire. — J'ai considéré cette affection comme un cas de fièvre récurrente, simplement parce qu'à la suite d'une période fébrile d'un septenaire, à compter du premier frisson, il s'est produit une rémission complète, précédée d'une abondante diaphorèse. Cet homme se croyait tellement bien rétabli qu'il nous força à le laisser partir pour reprendre son métier de marchand ambulant. Cependant, le vingt-quatrième jour, il fut repris de tous les mêmes symptômes, y compris une éruption exanthémateuse formée de taches rosées lenticulaires, légèrement saillantes à la surface de la peau. Certains médecins considéreraient peut-être ces manifestations comme appartenant à la fièvre typhoïde. Tel serait sans doute l'avis du Dr Jenner à raison de l'éruption, de la sensibilité dans la fosse iliaque droite et de la terminaison de la maladie vers le 30e jour. Le Dr Murchison m'avait suggéré l'idée de la qualifier de fièvre entérique,

suivie de récidive. Pourtant, s'il est admis qu'une convalescence complète suivie d'une rechute distincte, suffise pour caractériser une fièvre, il n'est guère possible de voir ces deux circonstances mieux accentuées que chez notre malade. La seule objection qu'on pourrait faire, c'est la réapparition de la fièvre le 24e jour au lieu du 14e. Mais j'ai observé fréquemment cette anomalie durant l'épidémie de fièvre récurrente qui sévit à Edimbourg en 1843. Quoique la récidive survienne le plus communément le 14e jour, durant cette épidémie, elle arriva le plus souvent vers le 21e ou le 24e jour. Il n'est pas rare de voir plusieurs rechutes se succéder.

Le Dr Christison à l'article fièvre du recueil intitulé *Library of médecine*, a soutenu l'identité de la fièvre récurrente avec la fièvre inflammatoire ou synoque de Cullen, il base cette opinion sur les observations qu'il a faites lors des épidémies de 1817 de 1820 et de 1826-27. Il eut encore l'occasion d'étudier cette maladie durant la grande épidémie de 1844-45. Il y avait quinze jours que je faisais le service à l'hôpital des fiévreux, lorsque je fus moi-même atteint. Le Dr Christison, aux bons soins de qui j'eus recours, diagnostiqua tout de suite une fièvre synoque, et, d'après son expérience, prédit que j'aurais une rechute. C'est ce qui m'arriva en effet au 14e jour, au moment où je me croyais entré en pleine convalescence. On trouvera des descriptions de cette remarquable épidémie dans les écrits d'Alison, de Craigie, de Cormack, de Halliday Douglas, de Wardell, etc.

FIÈVRE TYPHOÏDE TRAITÉE PAR LA QUININE.

Obs. CCXXV (1).

Miles Murray, 25 ans, ouvrier, entré le 7 novembre 1851, a ressenti dans la soirée du 2 un premier frisson auquel a succédé une fièvre intense. Pas de cause de contagion connue. Au moment de l'entrée, on note les signes suivants : peau chaude et sèche ; pas d'éruption ; céphalalgie frontale violente ; douleur dans le dos et parmi tout le corps ; légers soubresauts des tendons ; langue humide mais chargée ; pas d'appétit ; soif excessive. Pouls à 84 plein, quoique mou et parfois intermittent. Petite toux sèche, avec un peu de matité du côté droit de la poitrine ; pas de râles. On prescrit une *solution d'antimoine et l'application de six sangsues aux tempes*. — 8 *novembre*. Nuit bonne, sans délire. Peau encore chaude et sèche ; pas d'éruption. Langue plus sèche qu'hier. Pouls à 82, plein, mais dépressible. On prescrit du *sulfate de quinine à la dose de 0,65 centigrammes toutes les deux heures*. — 9 *novembre* (7e jour). Le malade a pris régulièrement ses poudres ; cependant il n'en est résulté aucun effet sensible, si ce n'est sur les pulsations artérielles dont le nombre diminuait de huit à dix après chaque poudre ; elles ont également perdu de leur force et il est survenu une transpiration abondante aujourd'hui. La céphalalgie persiste avec toute son intensité. Pas de délire. L'urine rendue cet après midi montre, sous le microscope, des concrétions amorphes formées par des sels uriques ; néanmoins le dépôt est insignifiant le lendemain. — 11 *novembre*. Le malade a pris en tout 12 grammes 56 centigrammes de quinine ; il a éprouvé un instant du tintement d'oreilles ce matin ; cependant il a l'air très prostré et hébété. Toux légère et quelques râles sibilants disséminés dans

(1) Recueillie par M. W. M. Calder, élève du service

toute la poitrine. Pouls à 76, petit et dépressible. Preser. : *Suspendre la quinine, 120 grammes de vin. Potion avec de l'éther nitrique alcoolisé et de l'acétate d'ammoniaque.* — 19 *novembre*. On constate un peu plus d'assoupissement, mais sans délire et sans autre changement. — 20 *novembre* (18e jour). L'urine abandonne un dépôt abondant d'urates. Lividité de la face; peau moins chaude; soif modérée; aucune trace d'éruption. — 21 *novembre* (19e jour). Retour des symptômes fébriles; pas de délire marqué mais assoupissement assez profond et indifférence à tout ce qui se passe dans le voisinage. Pouls à 80, plein et dépressible. — 23 *novembre* au soir (21e jour). Le malade se plaint de nausées et de malaise à l'estomac; il a même vomi un peu dans l'après midi. — 24 *novembre*. On lui a fait avaler un léger vomitif cette nuit, et il a rendu abondamment; les nausées et les douleurs épigastriques ont beaucoup diminué, mais il est survenu une transpiration très forte. — 30 *novembre* (28e jour). Une diarrhée intense s'est montrée depuis quatre jours; il a fallu la combattre par des pilules saturnines opiacées et par du tannin. Léger délire. Peau chaude et sèche. Pouls à 96, plein et régulier. Toux plus forte et râles bronchiques nombreux dans toute la poitrine. — 1 *décembre*. Transpiration profuse; prostration profonde; toux avec oppression et expectoration très difficile. Selles et urines involontaires, 120 *grammes de vin pour la journée. Potion expectorante.* — 6 *décembre*. Diminution progressive des forces; transpiration presque continuelle; même état pour le reste. *Continuer le vin et donner en outre* 120 *grammes d'eau-de-vie.* — 7 *décembre* (37e jour). Nuit plus agitée que les autres, mais le délire a cessé. Menace d'escharc sur le trochanter droit. Pouls à 102, petit et faible. — 10 *décembre*. Toux revenant par accès; faiblesse croissante. — 12 *décembre* (40e jour). Pouls à 130, petit et ondulé; peau fraîche et moite; commencement d'appétit. *Prendre toutes les trois heures un paquet contenant* 0,25 *centigrammes de bisulfate de quinine.* A la quatrième poudre, le pouls tombe à 102, devient petit et saccadé. *Cesser la quinine et reprendre le vin et l'eau-de-vie.* Le lendemain, (41e jour de la fièvre), le malade ressentit des frissons vers trois heures de l'après-midi et eut un accès semblable à un accès de fièvre intermittente, avec chaleur mordicante à la peau durant trois heures, mais sans transpiration finale. Dans la soirée, la peau est comparativement fraîche et le sujet se sent abattu et endormi. On prescrit de nouveau 0,50 *centigrammes de bisulfate de quinine toutes les trois heures.* — 14 *décembre* (42e jour). Aucun signe de retour des symptômes fébriles. A partir de ce moment, l'état du malade s'amende lentement, et, sauf un léger mal de gorge et une petite toux sèche de quelques jours, il n'eut plus aucun symptôme méritant attention, durant tout le reste de son séjour dans nos salles. On le congédie parfaitement guéri le 19 janvier après être resté 73 jours à l'Infirmerie et le 80e jour depuis le début de sa maladie.

Commentaire. — Ce malade a été l'objet d'une observation très attentive; il nous a offert une fièvre typhoïde dont la durée fut très longue, peut-être à cause de la complication pulmonaire. Nous avons noté plusieurs récrudescences distinctes, s'annonçant par des frissons à intervalles de sept jours, suivis d'une exacerbation de tous les symptômes fébriles. Un moment, nous avons désespéré de la vie de cet homme : des sueurs profuses, la diarrhée, une prostration extrême, une pneumonie partielle avec bronchite généralisée, tels étaient autant de symptômes graves qui n'eurent pourtant pas de suites funestes, grâce au large emploi des stimulants. C'était la première fois que j'employais la quinine dans la fièvre typhoïde. Il arriva qu'ayant prescrit six doses de 0,65 centigrammes chacune et

n'ayant pu revoir le malade le lendemain, le médicament fut continué jusqu'à la dix-huitième dose à l'intervalle de deux heures chacune. Au bout de ce temps, comme nous n'avions pas encore l'effet attendu, nous continuâmes avec des doses moitié moindres, de sorte que le sujet absorba en tout douze grammes trente-six centigrammes de quinine. Cependant, la maladie n'en suivit pas moins sa marche et il survint une prostration des plus alarmantes. Une particularité exceptionnelle à noter, c'est l'absence de toute éruption pendant la durée entière de la maladie; pourtant nous l'avons cherchée chaque jour avec un soin minutieux.

Obs. CCXXVI (1).

Marianne Howison, 11 ans, admise le 16 janvier 1851, a éprouvé un premier frisson le 10, suivi de symptômes fébriles. Quelques jours auparavant, sa mère et une sœur étaient mortes de la fièvre. Au moment de l'entrée, le pouls est à 130, fort et plein; céphalalgie intense; langue sèche et brune; anorexie complète et soif vive; peau chaude; pas d'éruption. Le 17 *janvier*, on commence le traitement avec 0,65 centigrammes de quinine. — 18 *janvier*. La malade a pris cinq poudres : céphalalgie disparue; pouls à 94, mou; peau moite et fraîche; langue rouge et humide. — 19 *janvier*. Retour de l'agitation et de la chaleur à la peau. Le 24, la fièvre est aussi intense que le jour de l'entrée. — 25. Diarrhée. — 27. Douleur abdominale très marquée quand on presse dans la fosse iliaque droite. On y applique *six sangsues* et on donne 180 grammes de vin pour la journée. — 31. La diarrhée qui avait seulement duré vingt-quatre heures, est revenue maintenant depuis trois jours. — 1 *février*. Pouls faible; fuliginosités sur les lèvres et sur la langue; intelligence confuse; pas de diarrhée. — 2 *février*. Pouls faible et irrégulier à 140. Perte de connaissance. — 4 *février*. Grande agitation cette nuit; aucune connaissance; pouls à 150, petit et saccadé; légère hémorrhagie par les gencives. Mort à sept heures du soir.

Autopsie. — Cinquante-six heures après la mort.

La muqueuse du tiers inférieur du petit intestin est toute parsemée de petites élevures rondes et ovales, d'autant plus serrées qu'elles approchent du cœcum. Vers ce dernier point, ce sont des sortes de plaques saillantes dépassant même la largeur d'une pièce de cinquante centimes; dans le reste de l'intestin, elles forment seulement de petites élevures comparables à la moitié d'un pois. Quelques unes des plus larges plaques sont ramollies et présentent une espèce d'escharc qui s'est séparée sur deux d'entre elles, laissant à leur place une véritable ulcération. Le tiers supérieur du gros intestin est garni également d'élevures papulaires; en un mot, ce sont les engorgements et l'ulcération des glandes solitaires et agminées de l'intestin qui constituent la lésion caractéristique de la fièvre typhoïde. Le péritoine correspondant aux points ulcérés de l'intestin est congestionné mais non encore enflammé. Quelques unes des glandes mésentériques sont augmentées de volume et ramollies. Les autres organes sont sains.

Commentaire. — Voici un cas de fièvre typhoïde terminé par la mort au 25e jour, et l'autopsie, nous en a montré toutes les lésions caractéristiques. Ici encore nous avons essayé le traitement par la quinine; nous eûmes la satisfaction de voir bientôt le pouls et quelques autres symptômes

(1) Recueillie par M. G. A. Douglas, élève du service.

se modérer, mais ce ne fut que pour s'aggraver davantage le jour suivant. Comme dans l'observation précédente, nous n'avons noté aucune éruption, bien que nous l'ayons cherchée chaque jour avec soin. Nous avons vu que la mère et la sœur de cette fille venaient de mourir de la même maladie; c'est là une circonstance à noter, car beaucoup de médecins nient la contagiosité de cette forme de fièvre, qu'ils rapportent à des causes purement endémiques.

Obs. CCXXVII (1).

John Anderson, 21 ans, matelot, est entré à l'Infirmerie le 29 décembre 1851. Le 4 décembre ayant été exposé toute la journée au froid pendant la traversée depuis Elsinore, il fut pris de frissons, de diarrhée et d'une soif intense, ce qui lui dura plusieurs jours. Cependant, il allait beaucoup mieux lorsque le vaisseau entra dans le petit port de Leith. La nuit suivante, il fut de nouveau saisi de frissons, d'une soif intense, de diarrhée, puis, le 27, de douleur subite dans le ventre, de vomissements et de constipation. Quand on l'apporte à l'hôpital, il a déjà le facies grippé, le corps couvert d'une sueur visqueuse, la langue rouge et chargée; il éprouve des tranchées violentes dans l'abdomen, dont les parois sont rétractées, sans offrir nulle part de tympanisme. Constipation persistante; urines rares; aucune céphalalgie; pouls à 126, faible et ondulé. On prescrit une *application de vingt-quatre sangsues sur le ventre et une pilule d'opium toutes les deux heures.* — 30 *décembre.* Pas d'amélioration; selle spontanée, assez copieuse, mais qui n'amène aucun soulagement; délire; pouls très rapide, presque imperceptible. Mort à 1 heure de relevée.

Autopsie. — Vingt-trois heures après la mort.

Péritoine violacé, congestionné, tapissé de flocons de lymphe et contenant plusieurs onces d'un liquide trouble, d'une couleur jaune sale, ayant une odeur un peu fécale. Estomac et duodénum intacts. Vers le milieu du jéjunum une petite ulcération allongée, d'un bon centimètre sur trois millimètres de large, a perforé toutes les tuniques de l'intestin; ses bords sont pâles et nullement élevés. La muqueuse de la portion inférieure de l'iléum et du cæcum est marbrée de taches ardoisées; les plaques de Peyer sont saillantes et plusieurs présentent des ulcérations irrégulières, superficielles; les glandes solitaires offrent un aspect analogue; ces ulcères sont plats et à bords lisses. Les intestins contiennent des matières jaunes, liquides, comparables à de la purée de pois.

Commentaire. — Voici encore un cas non douteux de fièvre typhoïde, se terminant par une péritonite, résultat d'une perforation intestinale. Les principales circonstances du cas m'ont été communiquées, avec beaucoup de précision, par le capitaine du navire qui avait tenu note du jour de l'attaque, de la rémission et de la récrudescence le 24e jour. Il n'avait pas observé de taches sur la peau; toutefois, il est permis de ne pas accorder une grande valeur à ce renseignement.

Les trois observations qui précèdent nous offrent les principaux symptômes et les lésions les plus ordinaires de la fièvre typhoïde. Quand au diagnostic, s'il fallait s'en rapporter aux signes sur lesquels le Dr Jenner insiste surtout, notamment sur l'éruption rosée lenticulaire, on serait

(1) Recueillie par M. A. Dewar, élève du service.

souvent embarrassé. Ainsi, dans aucun des trois cas précédents, nous n'avons rencontré cette éruption, bien que nous l'ayons recherchée avec soin dans deux d'entre eux. Cependant, l'autopsie nous a révélé les lésions particulières à la fièvre typhoïde, et cette preuve est la seule irrécusable. J'ai l'habitude de considérer comme un des symptômes les plus propres à distinguer la fièvre typhoïde du typhus : les rémissions, une expression particulière de la face indice de douleurs abdominales, la diarrhée et surtout quand les selles ressemblent à de la purée de pois, enfin une sensibilité nettement accusée sous la pression dans la fosse iliaque droite. Je reconnais néanmoins que ces symptômes, en l'absence d'une épidémie de fièvre typhoïde, peuvent induire en erreur, même quand la maladie dépasse le trentième jour.

La fièvre typhoïde était jadis une affection très rare à Edimbourg, bien qu'elle ait toujours été fréquente à Linlithgow, de l'autre côté du Fife. Le Dr Reid, pendant qu'il était chargé des recherches pathologiques à l'Infirmerie, ne manquait jamais de faire observer, lorsqu'il trouvait à une autopsie des ulcérations typhoïdes dans les intestins, que les sujets étaient tous étrangers à Edimbourg. Par contre, à Paris et à peu près partout sur le continent, la fièvre continue revêt presque toujours le caractère de fièvre typhoïde. Les salles des fiévreux à l'Infirmerie vous fourniront ample matière à étudier le typhus. D'autre part, à Paris, à Berlin, à Prague et à Vienne, les hôpitaux renferment toujours en assez grand nombre des malades atteints de fièvre typhoïde ou entérique. Ces particularités expliquent la confusion qui règne dans les écrits sur cette matière, tant dans notre pays qu'à l'étranger. On comprend aussi pourquoi la doctrine de Broussais, qui regardait le typhus comme une gastro-entérite, fut rejetée dès l'abord dans notre pays. Cependant, diverses épidémies qui ont sévi à Edimbourg se sont distinguées par le grand nombre de cas de fièvre typhoïde; il n'est pas douteux non plus que, sur le continent, des cas de typhus véritable se rencontrent parmi les fièvres typhoïdes. Je citerai entre autres l'épidémie de 1847-48, comme ayant offert cette sorte de promiscuité. Au reste, j'ai vu plus d'une fois, sur le continent, des médecins distingués fort surpris de ne trouver aucune lésion entérique chez des sujets ayant succombé à une fièvre que je n'avais pas de peine à reconnaître pour le vrai typhus, grâce à l'expérience que nous avons ici. Il est à noter que depuis dix à douze années, les cas de fièvre typhoïde semblent devenir de plus en plus communs.

TYPHUS TRAITÉ PAR LA QUININE.

Obs. CCXXVIII (1).

Mme Macdonald, infirmière, âgée de 30 ans, s'est alitée le 10 novembre 1851. Il y a huit jours, elle fut prise de refroidissement; le surlendemain, elle eut des vomissements, des douleurs dans le dos et à l'épigastre, de la céphalalgie, et enfin de la

(1) Recueillie par M. J. L. Brown, élève du service.

prostration surtout à la suite d'un purgatif qu'elle avait pris le 8. Chaleur excessive à la peau; pouls à 102, fort; langue chargée d'un enduit blanc; soif vive; céphalalgie intense; anorexie et nausées; légère bronchite. — Le 11 on prescrit *un vomitif, puis on commencera à donner de la quinine.* — Le 12, la malade a pris quatre paquets contenant 0,65 centigrammes de quinine, à intervalles de deux heures; un cinquième a été rendu immédiatement. Cependant, elle en prit encore toute la nuit suivante, de sorte qu'en tout elle a absorbé quatre grammes et demi de quinine. Aucun indice d'amélioration; peau chaude et sèche; pouls à 100, fort; langue chargée; mêmes douleurs à la tête et à l'épigastre. On prescrit huit sangsues aux tempes, puis, des paquets de 0,32 centigrammes de sulfate de quinine à prendre toutes les deux heures. — 13 *novembre.* La malade a pris cinq paquets depuis hier. Pas de changement, sauf des vomissements et de vives douleurs à l'épigastre; pouls à 78, plein. *Donner une pilule de bismuth et opium toutes les quatre heures.* — 14 *novembre.* La céphalalgie et les douleurs épigastriques se sont beaucoup calmées; cependant, la nuit dernière, on a observé des convulsions partielles dans les membres avec fixité du regard, et cet état a duré environ dix minutes. — 15 *novembre.* Délire et agitation. Pouls faible et fréquent. 120 *grammes de vin.* — 17 *novembre.* La malade reste dans le même état, seulement l'expiration fait enfler légèrement les joues. — 18 *novembre.* Le dernier symptôme s'accentue de plus en plus; le bras droit est tout à fait inerte; prostration extrême. 180 *grammes de vin. Vésicatoire sur la tête.* — 19 *novembre.* Mort dans le coma. Il n'a été constaté aucune sorte d'éruption.

Commentaire. — Il est regrettable que l'autopsie n'ait pas été accordée, car il y a lieu de se demander s'il n'a pas existé d'exsudation entre les méninges et le cerveau; toujours est-il qu'il y avait ici une complication cérébrale assez évidente. Au début, il est vrai, nous n'avons rien constaté de particulier, mais bientôt survinrent des vomissements opiniâtres et enfin des convulsions et une paralysie partielles, indiquant assez l'organe atteint.

Ayant résolu dans le principe d'essayer la quinine, nous l'avons administrée à grande dose, toutefois, sans le moindre effet sur les symptômes fébriles. On pourrait même dire qu'elle a été nuisible dans l'occurrence de la complication cérébrale. Tout en croyant que la quinine est contre-indiquée dans des cas semblables, je ferai remarquer qu'il était fort difficile dès l'abord de juger de la nature de la complication.

Obs. CCXXIX (1).

George Johnson, bottier, âgé de 21 ans, entré le 8 décembre 1851, a éprouvé de forts frissons le 29, suivis des symptômes fébriles habituels. Le sujet n'a pas été exposé à la contagion. La langue est chargée d'un enduit épais, et fendillée. Absence complète d'appétit; soif vive; peau chaude et sèche; confusion dans les idées mais pas de céphalalgie très prononcée; pouls à 108, plein. — 9 *décembre.* Nuit mauvaise; pas de changement; pouls à 120, plein. *Donner 24 grammes d'huile de ricin.* Prescr. : *Sulfate de quinine, 3 grammes 88 centigrammes en 6 paquets. En prendre un toutes les deux heures à partir de ce soir.* L'huile de ricin a déterminé une évacuation abondante. Grande chaleur à la peau; excitation mentale très vive; pouls à 120, plein et fort; pas d'éruption. — 10 *décembre.* Nuit tranquille; sommeil bon; peau fraîche et moite; pas de céphalalgie; léger tintement d'oreilles; pouls à 87,

(1) Recueillie par M. A. Dewar, élève du service.

suffisamment fort. Dans la journée, il s'est élevé à 88, mais le soir il est plein et fort. *Réitérer la dose de quinine et en donner d'abord* 0,65 *centigrammes, puis* 0,88 *toutes les deux heures.* — 11 *décembre.* Pouls à 84, assez fort; soif ardente; moiteur à la peau; pas d'éruption. — 12 *décembre* (14e jour). Soif moins vive; désir des aliments; pas d'éruption; léger dépôt dans les urines. Convalescence. Sortie, le 5 janvier.

Commentaire. — Nous avions affaire ici à un cas de fièvre légère dès le début, sans aucun symptôme inquiétant, et qui s'est terminé le 14e jour. Faut-il faire honneur de cette convalescence précoce à la quinine? Je suis d'avis que non, car vers ce même temps nous avons eu divers cas pareils et dont la durée n'a pas été plus longue. Cependant, la quinine a abattu le pouls et les autres symptômes, mais ces derniers revinrent bientôt et nous portâmes la dose du médicament jusqu'à 0,88 centigrammes toutes les deux heures. Néanmoins, nous n'avons plus rien obtenu cette fois; aussi, pour exprimer nettement ma manière de voir, je crois que la maladie s'est terminée par un dépôt critique dans l'urine, au quatorzième jour et de la manière ordinaire. Nous n'avons pas constaté d'éruption.

Obs. CCXXX (1).

John Craik, forgeron, âgé de 23 ans, entré le 5 janvier 1852, a ressenti, le 28 décembre, de violents frissons suivis de symptômes fébriles; la nuit il se mit à tousser et à cracher beaucoup. Au moment de l'entrée, la langue est rouge et humide; il y a un léger mal de gorge; pas d'appétit; constipation; pouls à 80, suffisamment fort; toux violente et expectoration copieuse rougie par du sang; râles muqueux dans toute la poitrine, principalement à la base des deux poumons; peau souple et sèche; pas d'éruption; pas d'apparence de contagion. — 7 *janvier.* Evacuation alvine copieuse; toux très forte. On prescrit une *mixture saline et un vésicatoire sur le devant de la poitrine.* — 8 *janvier* (11e jour). Agitation; délire; assoupissement; stupeur; moins de toux; pouls à 108, faible. *Le soir.* Pouls à 121, vif; chaleur et sécheresse à la peau. *On commence le traitement à la quinine.* — 9 *janvier.* Peau fraîche et moite; pouls à 90, faible; langue humide et rouge; surdité extrême. — 10 *janvier.* Transpiration légère. — 11 *janvier* (14e jour). Peau chaude et sèche; face empourprée; délire; apparition de taches rosées sur le thorax et sur l'abdomen; soif vive; fuliginosités sur les lèvres et sur les dents; langue rouge, humide; brune au centre. — 12 *janvier.* Délire; persistance de l'éruption; moins de fuliginosités; chaleur et sécheresse à la peau; toux violente; crépitation distincte à la base du poumon droit, mais sans matité correspondante. *Potion émétisée.* — 13 *janvier.* Injection de la face; pouls rapide et faible, grande prostration. *Vésicatoire sur le côté droit;* 120 *grammes de vin.* — 14 *janvier.* Exaspération de tous les symptômes précédents. — 15 *janvier.* Soif ardente; langue chargée; crépitation disparue mais respiration très indistincte; résonnance vocale très marquée. — 17 *janvier.* Mieux général; aucune matité; résonnance vocale naturelle; quelques râles sibilants; léger dépôt dans l'urine. Amélioration progressive jusqu'au 20 *février,* nonobstant l'apparition d'un léger œdème des extrémités inférieures. Urines normales. Convalescence régulière.

Commentaire. — On aura remarqué, dans ce cas, que si la quinine a semblé donner lieu dès l'abord à une amélioration apparente, la fièvre, le

(1) Recueillie par M. W. H. Broadbent, élève du service.

délire et les symptômes ordinaires ne tardèrent point à reparaître et même prolongèrent leur cours, sans doute par suite de la complication pulmonaire.

Obs. CCXXXI (1).

Anna Dowie, 18 ans, servante, entrée le 10 décembre 1851, a été saisie le 3, de frissons, de céphalalgie, de chaleur à la peau, et d'un accablement général. Le lendemain elle éprouva une courbature générale qui ne l'a plus quittée. Au moment de son entrée elle a le pouls à 120, faible, la langue sèche, rouge et fendillée ; pas d'appétit ; soif vive ; constipation ; peau brûlante et recouverte d'une sueur visqueuse ; nombreuses petites taches pétéchiales, datant déjà de quelques jours, sur la poitrine et sur les bras ; toux avec expectoration légère ; râles bronchiques disséminés dans les deux poumons. — *On commence le traitement à la quinine.* A la suite de la cinquième dose de 0,64 centigrammes, il se manifesta un peu de surdité et du tintement d'oreilles ; néanmoins une dernière dose fut encore administrée. — 12 *décembre.* Pouls à 80, excessivement petit et faible ; surface cutanée plus fraîche. Dans l'après-midi, le pouls s'élève à 86 ; la malade se sent plus de force ; la peau est chaude et humide, la langue sèche, rugueuse et fendillée ; soif ardente ; 43 respirations à la minute ; légers soubresauts des tendons — 13 *décembre.* Pouls à 84, suffisamment fort ; moiteur à la peau ; éruption sans changement ; lèvres chargées de fuliginosités ; langue sèche et fendillée. — 14 *décembre.* Diarrhée assez violente, pour laquelle on donne une potion astringente. — 15 *décembre* (12e jour de la maladie). Amélioration sensible ; pouls à 88, assez fort ; l'éruption pâlit ; la langue se nettoie. — 17 *décembre* (14e jour). Toux fatigante ; expectoration d'une matière muco-purulente opaque, grisâtre, très abondante ; râles humides ; persistance de la soif et de l'anorexie ; urines troubles mais n'offrant pas de sédiment. — 19 *décembre* (16e jour). Urine chargée d'urates ; amélioration progressive. A partir de ce moment la convalescence s'établit et marche rapidement. Le sujet, parfaitement rétabli est congédié le 15 janvier.

Commentaire. — Voilà un cas de typhus pétéchial dans lequel nous avons essayé en vain le traitement par la quinine ; au moins n'avons-nous pu en arrêter la marche, bien que l'action physiologique du médicament ait été des mieux marqués.

Obs. CCXXXII (2).

Isabella Adamson, 20 ans, servante, est entrée le 19 décembre 1851, avec un eczéma du cuir chevelu et de la face. Des frissons se produisirent le 4 *janvier*, suivis de symptômes fébriles. Le 9, des taches rosées, exanthémateuses se montrèrent sur la poitrine et sur les bras. Le 10, on commença le *traitement par la quinine.* Le lendemain, déjà les effets immédiats de la quinine s'étaient dissipés et on note : pouls à 100, large et compressible ; insomnie ; céphalalgie violente ; pas de transpiration ; langue chargée et fendillée ; éruption plus foncée en couleur. — 14 *janvier.* Idées confuses ; vertige ; pouls à 100, faible et intermittent ; fuliginosités sur les lèvres et sur la langue ; soubresauts des tendons. Cependant, la céphalalgie a beaucoup diminué à la suite de l'application d'un vésicatoire, et, à partir de ce moment, l'état général commence à s'amender. — 24 *janvier.* Pouls à 80 ; retour de l'appétit ; disparition des fuliginosités. Convalescence le 28.

(1) Recueillie par M. W. H. Broadbent, élève du service.
(2) Recueillie par le même.

Commentaire. — Cette fille aussi était atteinte d'un typhus parfaitement caractérisé, contracté sans aucun doute dans nos salles, et ayant suivi sa marche naturelle, nonobstant l'emploi de la quinine tout au début. Les taches roses se sont montrées pour ainsi dire d'emblée, et elles devinrent très foncées.

Nous nous bornerons à ces sept cas de fièvre continue traités par la quinine; nous en relaterons brièvement six autres où le traitement ordinaire a été employé et avec lesquels on pourra les comparer.

TYPHUS TRAITÉ SANS QUININE.

Obs. CCXXXIII (1).

Anthony Kerrachar, ouvrier, âgé de vingt ans, fut admis le 12 novembre 1851. Le 7 il fut pris de frissons, de fièvre et d'embarras des idées. Rien n'indique qu'il y ait eu contagion. Au moment de l'entrée, on note les symptômes suivants : langue chargée d'un enduit blanc ; soif ardente ; pas d'appétit ; expression anxieuse; céphalalgie légère ; pas d'éruption. — 13 *novembre.* Toux violente; matité à la base du poumon gauche. *Potion expectorante.* — 20 *novembre.* Disparition de la fièvre ; retour du sommeil ; expression redevenue naturelle. Congédié le 8 *décembre.*

Obs. CCXXXIV (2).

Lawrence Cochrane, ouvrier, âgé de 43 ans, entré le 1er décembre 1851, a éprouvé de forts frissons et des symptômes fébriles le 28 novembre. Rien n'indique qu'il y ait eu contagion dans ce cas. Le sujet a déjà eu le typhus il y a six ans. La langue est chargée et humide ; appétit nul ; constipation, douleur dans le dos et dans les reins ; prostration ; toux sans expectoration ; poitrine sonore à la percussion, toutefois avec de la crépitation à la base du poumon gauche. Pouls à 100, plein et régulier. — 2 *décembre.* Selles abondantes, persistance des douleurs, retour de l'appétit, pas d'éruption. — 12 *décembre.* Disparition de la fièvre ; il reste seulement de la faiblesse. Congédié le 12 *janvier.*

Commentaire. — Malgré la complication pulmonaire, la fièvre chez ces deux hommes a suivi sa marche ordinaire. Il y a similitude sous ce rapport entre ces deux cas et celui rapporté dans l'observation CCXXXI, où nous avons eu recours à la quinine. Aucun d'eux n'a présenté d'éruption.

Obs. CCXXXV (3).

Isabella Stevenson, 44 ans, lavandière, entrée le 10 novembre 1851, fut prise de céphalalgie le 3 ; elle prétend n'avoir pas eu de frissons, mais elle a transpiré fortement. Elle continua à se plaindre de mal de tête et a garder le lit toute la semaine. Au moment de l'entrée, on note les symptômes suivants : chaleur et sécheresse à la peau, remplacées le soir par une transpiration profuse ; pas d'érup-

(1) Recueillie par M. A. Dewar, élève du service.
(2) Id.
(3) Recueillie par M. J. L. Brown, élève du service.

tion; langue chargée; pas d'appétit; soif modérée; céphalalgie intense, parfois avec un peu de stupeur; pouls à 120; petit et liliforme. *Compresses froides sur la tête et stimulants.* — 12 *novembre.* Crépitation à la partie postérieure du poumon gauche. — 13 *novembre.* Grande dyspnée; râles secs et humides dans toute la partie antérieure de la poitrine; mort le 15 novembre.

Autopsie. — Quarante-huit heures après la mort.

Les deux poumons sont très emphysémateux à la partie antérieure; on y constate de nombreuses bulles, séparées par des fissures profondes, et çà et là, des noyaux où le tissu pulmonaire est condensé ou en état de collapsus. Le poumon gauche est plus affecté que le droit. Tous deux sont en état de collapsus, en arrière, dans les points déclives, et en les incisant, on trouve la muqueuse des bronches fortement congestionnée; ces tubes, quand on les comprime, laissent suinter en grande quantité une matière muco-purulente. Rate petite. Cerveau et autres organes intacts.

Commentaire. — Cette femme nous est arrivée le même jour que celle de l'observation CCXXVIII; la fièvre était très forte de part et d'autre; la céphalalgie même paraissait encore plus intense chez cette dernière malade. Il fut décidé qu'on donnerait la quinine à l'une et qu'on emploierait le traitement ordinaire chez l'autre. Il est arrivé que toutes deux ont succombé.

Obs. CCXXXVI (1).

Margaret Menzies, 16 ans, servante, entrée le 28 décembre 1851, a été prise de courbature et de symptômes fébriles le 22, toutefois sans frissons distincts. Au moment de l'entrée, le pouls est à 100, plein; la langue est chargée; il y a des vertiges et de la céphalalgie; chaleur et sécheresse à la peau; des taches roses, elliptiques, disséminées sur l'abdomen et sur la poitrine; sur les bras, elles ont un aspect framboisé; leur apparition date seulement de ce matin. — 1 *janvier* Les urines offrent un dépôt d'urates; l'éruption disparaît, la peau redevient fraîche et le pouls naturel. — 3 *janvier.* Convalescence.

Obs. CCXXXVII (2).

Christina Swan, servante, âgée de 25 ans, est entrée le 16 décembre 1851. Elle a éprouvé les premiers frissons, suivis de symptômes fébriles, le 14, mais la céphalalgie et les autres symptômes prémonitoires remontent jusqu'au 11. La veille de l'arrivée de la malade à l'hôpital, une éruption s'est montrée sur le corps. Les symptômes actuels sont les suivants : pouls à 120, petit; langue rouge sur les bords, mais chargée au milieu; anorexie; soif vive; toux. La surface entière du corps est recouverte d'une éruption comme framboisée, constituée par de petites taches, ayant la forme de croissants et rappelant l'éruption rubéolique, si ce n'est que ces taches ne sont pas saillantes. Rougeur et injection des conjonctives; pas de sensibilité exagérée à la lumière. — 19 *décembre.* Délire la nuit dernière. Bouche et dents fuligineuses; langue sèche et fendillée; perte de connaissance; pouls à 129, petit; soubresauts des tendons; bronchite généralisée et pneumonie dans la moitié inférieure du poumon droit. — 25 *décembre.* La malade a été constamment

(1) Recueillie par M. J. L. Brown, élève du service.
(2) Id

dans un état de délire plus ou moins tranquille, mais aujourd'hui elle paraît être un peu mieux. Toux et expectoration très fatigantes. Absence de respiration à la base du poumon droit en arrière, avec pectoriloquie. Pouls rapide et faible; éruption disparue. *Vésicatoire sur le cuir chevelu.* 180 *grammes de vin;* 120 *grammes d'eau-de-vie.* — 27 *décembre* Le délire est remplacé par un état comateux. Un dépôt briqueté s'est montré dans les urines, et une des glandes parotides s'est gonflée. Pouls à 98, plus large. — 1 *janvier.* Retour de l'intelligence; toux beaucoup diminuée et respiration partout perceptible à la partie postérieure; peau fraîche. Un abcès se forme dans le cou au-dessous de la mâchoire du côté droit. La convalescence, à dater de ce moment, s'établit avec lenteur; l'abcès passe à résolution et la malade est congédiée le 2 février.

Commentaire. — La malade dont l'histoire vient d'être rapportée était atteinte d'un typhus des plus graves, avec des complications pulmonaires non moins dangereuses; grâce à l'emploi hardi des stimulants, nous avons pu la sauver et même voir arriver la convalescence au vingt-unième jour. L'éruption présentait ici un aspect singulier : elle ressemblait à s'y méprendre à de la rougeole et plusieurs médecins s'y trompèrent. Il n'y avait pourtant ni de coryza, ni de photophobie comme dans la rougeole et, de plus, les parents déclaraient que cette fille avait eu cette affection. C'était donc une de ces *éruptions miliformes*, décrites par Jenner et se montrant tout au début de la fièvre.

Obs. CCXXXVIII (1).

Bridget M'Fadyen, 20 ans, journalière, était entrée à l'Infirmerie le 17 décembre 1851, pour un prorigasis aux bras et sur les jambes. — Le 4 *janvier* suivant, elle fut prise de frissons auxquels succédèrent de légers symptômes fébriles s'aggravant de jour en jour. — Le 11 on note du délire, un pouls à 120, un peu dur et saccadé, de l'injection à la face, pas d'éruption. — Le 17, la malade est tout-à-fait sans connaissance. *On fait raser la tête et appliquer un vésicatoire.* — 18 *janvier.* Léger amendement des symptômes céphaliques; pouls rapide et faible. 120 *grammes de vin.* — 24. Dépôt d'urates dans les urines. A partir de ce moment un mieux sensible s'établit, et cette fille est pleinement convalescente le 26. On n'a point constaté d'éruption.

Diagnostic des fièvres continues.

En jetant un coup-d'œil d'ensemble sur les dix-neuf cas de fièvre dont les observations précèdent, dans le but d'y trouver un moyen de discerner les variétés au début de la maladie, on verra que la chose est impossible. S'il est un fait mieux établi que les autres en cette matière, c'est qu'il est parfaitement impossible, un cas étant donné au début, de prédire sûrement s'il deviendra une fièvre éphémère, un typhus, une fièvre récurrente ou une fièvre typhoïde. On en sera convaincu en relisant avec attention les symptômes décrits dans les observations CCXXII, CCXXIV, CCXXV et CCXXX. Ce n'est pas à dire, cependant, que s'il existe une forme prédominante soit épidémique, soit endémique, on n'arrive souvent à prévoir avec

(1) Recueillie par M. W. H. Boadbent, élève du service.

plus ou moins d'exactitude la marche probable de la maladie, mais je soutiens qu'il est impossible de le faire avec certitude. La fièvre se termine-t-elle au septième jour; c'est peut-être une fièvre éphémère, ou encore une fièvre récurrente. La récidive seule permettra de reconnaître cette dernière; mais, à part le type épidémique, je ne sais aucun signe auquel on puisse distinguer cette dernière maladie de l'autre. La fièvre vient-elle à se prolonger au-delà du septième jour, ce sera un typhus ou une fièvre typhoïde. Quoi qu'on ait écrit sur les moyens de reconnaître ces variétés, je suis d'avis qu'en pratique, il est des cas où il est impossible de se prononcer d'une manière certaine avant le vingt-unième jour. Le plus souvent, néanmoins, la marche et le caractère général de l'affection permettent de porter beaucoup plus tôt un diagnostic sans réserve. Vous aurez remarqué que, dans les trois observations de fièvre typhoïde relatées ci-dessus, il ne s'est pas présenté d'éruption. Parmi les dix cas de typhus, cinq également n'ont pas présenté d'éruption. (Obs. CCXXVIII, CCXXIX, CCXXXIII, CCXXXIV et CCXXXVIII). Trois ont présenté des taches rosées (obs. CCXXX, CCXXXII et CCXXXVI); un, des pétéchies (obs. CCXXXI) et le dernier une éruption framboisée ou rubéolique (obs. CCXXXVII) (1). Quant à la diarrhée, elle devient seulement un signe diagnostique de la fièvre typhoïde après le second septenaire. Ainsi, chez le malade de l'obs. CCXXV,

(1) Ce paragraphe a été l'objet d'une critique virulente, dans un article du « British and Foreign medical Review », d'octobre 1853. L'auteur de cet article, grand partisan des idées de Jenner, apporte à l'appui de ses dires des arguments auxquels je vais essayer de répondre brièvement. Il admet que si l'éruption n'offre point de caractère distinctif, l'objection faite aux idées de Jenner serait parfaitement fondée. Il ajoute que, dans les observations CCXXIX, CCXXXIII et CCXXXVIII, l'absence d'éruption pourrait bien tenir au jeune âge des sujets. Mais le typhus atteint fréquemment les jeunes gens et, s'il ne faut compter sur une éruption caractéristique qu'après l'âge de vingt-cinq ans on doit convenir que ce signe n'a plus une bien grande valeur. Dans les obs. CCXXVIII et CCXXXIV, il faudrait voir respectivement une maladie cérébrale et une affection pulmonaire. Incontestablement ces cas ont offert des complications cérébrales et pulmonaires; toutefois je maintiens contre mon contradicteur que c'étaient bien deux cas de typhus. Je conçois que ces cinq observations l'embarrassaient dans ses opinions; il fallait donc qu'il cherchât à les écarter. Quant aux trois cas de typhus ayant offert des taches rosées, (obs. CCXXX, CCXXXII et CCXXXVI, il prétend que ces taches n'étaient point exanthémateuses. Que sont-elles donc, alors? Assurément ce n'était ni des macules ni des pétéchies. Ensuite, parce qu'il est dit dans l'observation CCXXXII que ces taches devinrent plus foncées en couleur et, dans l'observation CCXXXVI, qu'elles offraient un aspect framboisé sur les bras, elles doivent avoir présenté les caractères ordinaires de l'éruption typhique. Tout ce que je puis répondre à cela, c'est qu'elles n'étaient nullement caractéristiques. L'absence d'éruption dans les trois cas de fièvre typhoïde (CCXXV, CCXXVI et CCXXVII), est expliquée de la manière suivante par l'auteur de l'article : — « Comme les taches rosées se montrent seulement 85 fois sur cent, il n'est pas impossible qu'elles aient manqué dans ces trois cas consécutifs, tandis qu'on les a constatées chez quinze autres malades l'un à la suite de l'autre. » Cependant, s'il en est ainsi, quelle peut être l'importance diagnostique d'une forme d'éruption, qui peut ne pas se rencontrer dans un seul des cas de fièvre typhoïde, admis dans les salles cliniques, peut-être dans l'espace de six mois?

elle a fait son apparition au vingt-huitième jour et chez un autre, (obs. CCXXVI) le quinzième jour. Par contre, dans l'observation CCXXVII nous la voyons survenir d'emblée. Cette occurrence, sans doute, est de nature a éveiller des soupçons de fièvre typhoïde; mais elle est trop commune dans toutes les fièvres pour en faire un signe distinctif entre la fièvre typhoïde et le typhus. Pour nous, la séparation qu'on a voulu fonder sur ces ordres de symptômes n'a qu'une valeur rétrospective ou tout au plus à une période avancée de ces maladies. On se gardera donc, dans ces cas, de trop de précipitation à vouloir établir un diagnostic définitif.

Les recherches de Wunderlich sur le continent, et des Drs Parkes et Ringer dans la Grande-Bretagne, ont révélé l'importance des observations thermométriques dans les affections fébriles.

D'après ces auteurs, les mutations quotidiennes de la température du corps présentent des variations fixes pour chaque espèce de fièvre; ce serait là une addition précieuse à nos moyens de diagnostic. Dans le typhus, la température s'élève lentement de 37° C, chaleur moyenne de l'état de santé à 40°, ou même au-dessus, dans les trois ou quatre premiers jours; puis elle décline rapidement à mesure que la fièvre diminue.

Dans la fièvre typhoïde, l'élévation de la température persiste plus longtemps; mais on y observe des sortes de rémissions particulières, principalement vers la fin de la maladie. Dans la fièvre intermittente, la température commence à monter durant le stade du frisson; puis, après s'être élevée à 39 ou 40° C. en très peu de temps, elle décline très rapidement durant la période de transpiration. Dans la scarlatine, le Dr Ringer croit que les moyennes thermométriques forment des cycles d'environ cinq jours, et une périodicité analogue persisterait tout le temps que durent les complications ou les suites immédiates. Ce dernier point surtout mérite confirmation. En règle générale, on peut dire que dans la scarlatine, la température atteint son maximum du second au quatrième jour; puis elle s'abaisse rapidement, ainsi que le pouls, jusqu'à la convalescence.

L'emploi du thermomètre dans les recherches cliniques étant de date encore récente, il reste à déterminer bien des points dignes d'intérêt. D'après un certain nombre d'observations faites en 1864 par M. T. Evans, un de mes élèves, il paraîtrait que, dans le typhus, la température arriverait à son maximum vers la fin du premier septenaire, ou si l'on veut, au moment où l'éruption est le plus marquée, lorsqu'elle existe. La chaleur commence à baisser quelques jours avant le pouls et tombe rapidement durant la dernière semaine; il n'est pas rare alors de constater une diminution d'un demi-degré et même de plus d'un degré à certains jours. A la suite de la disparition de la fièvre, la température descend d'un demi-degré et même d'un degré au-dessous de la moyenne habituelle; un peu plus tard encore, elle remonte d'autant au-dessus de cette moyenne. En général, l'abaissement comme l'élévation de la température atteint les points extrêmes avant le pouls. Plus la chaleur et le pouls commencent à tomber de bonne heure, plus rapide sera la décroissance de la fièvre. Le

Dr Parkes a montré que la quantité d'urée excrétée offre certain rapport avec la température ; une diminution subite de la température coïnciderait généralement avec l'apparition d'un dépôt critique dans les urines ; l'affaiblissement de l'excrétion de l'urée et la persistance de l'élévation de la température s'accompagnent toujours de danger et indiquent souvent l'approche de quelque complication inflammatoire. On saura pourtant que dans le typhus, l'élévation des moyennes de la température ne semble pas en rapport avec la durée ni même avec la gravité de la maladie.

Anatomie pathologique de la fièvre épidémique qui sévit à Edimbourg pendant la session d'hiver de 1847-48, alors que la fièvre typhoïde y prédominait.

J'ai fait, dans le cours de cette épidémie, soixante-trois autopsies d'individus morts du typhus ou de la fièvre typhoïde; voici un résumé de ces constatations :

Rate. L'organe le plus fréquemment affecté était la rate. Dans la plupart des cas elle était plus ou moins augmentée de volume et ramollie, offrant une coloration s'approchant de celle de l'acajou brun et une consistance crémeuse au point que, dès qu'on la comprimait un peu entre les doigts, tout le parenchyme s'échappait de la capsule, Chez dix sujets, cet organe contenait des points ou des masses d'une coloration jaune fauve, à bord nettement tranchés, disséminées dans le parenchyme, tantôt formant des noyaux de la grosseur d'une noix ou d'un œuf de poule, tantôt sous forme de petits points répandus partout uniformément. Chez deux sujets, des noyaux semblables s'étaient ramollis, et, après s'être échappés dans le péritoine, avaient déterminé la mort. Une des pièces présentait distinctement une ligne de séparation en voie de se former autour d'un de ces noyaux, à peu près de la grosseur d'une noix.

Les points ainsi altérés, vus au microscope à un grossissement de 250, présentaient : 1° un grand nombre de molécules et de granules ; 2° des noyaux libres; 3° des cellules granulaires composées, de grandeur variable; 4° des débris du tissu fibreux et des corpuscules fusiformes de l'organe. Les cellules granulaires étaient fréquemment rompues, plus ou moins désagrégées, et elles me parurent alors constituer les caractères structuraux de ce que Rokitanski et d'autres pathologistes allemands ont décrit comme un produit de nouvelle formation, un dépôt typhoïde. Ce dépôt, d'après ces auteurs, serait au typhus ce que sont le tubercule et le cancer, à la tuberculose et à la cachexie cancéreuse. Les lésions décrites par Rokitanski sont très réelles et les descriptions microscopiques sont parfaitement exactes; l'épidémie de 1847-48

Fig. 562.

Fig. 563.

Fig. 562. Structure d'un noyau décoloré de la rate.
Fig. 563. La même préparation, traitée par l'acide acétique. 250 *diam.*

m'a fourni l'occasion de le vérifier; cependant de nouvelles observations m'ont convaincu depuis lors que ces altérations ne sont point spéciales au typhus et ne constituent point une forme spéciale d'exsudation. Elles consistent en une dégénérescence particulière de la pulpe splénique, consécutive à une multiplication plus ou moins rapide des cellules glandulaires. On peut voir au Muséum anatomique de l'Université une série de pièces, offrant ces altérations à tous les degrés.

Poumons. — Les organes le plus souvent affectés après la rate étaient les poumons. La lésion la plus commune était la bronchite; la muqueuse de l'arbre aérien avait généralement une couleur violacée, ou rappelant celle de l'acajou foncé; elle était plus ou moins infiltrée de sérosité ou par un exsudat. Les petits rameaux bronchiques apparaissaient fréquemment remplis d'une matière muco-purulente et même, en certains cas, obstrués par une substance gélatineuse brune-rougeâtre, plus ou moins liquide, — probablement une forme d'exsudat modifiée, décrite par Remak comme ayant été découverte par lui dans les crachats. Les poumons offraient, dans la plupart des cas, de l'œdème à leur sommet, et quand on les incisait, il s'en écoulait en abondance un liquide spumeux et grisâtre. Sur quinze sujets, j'ai trouvé le tissu des poumons plus ou moins condensé par de l'exsudat, mais ce n'étaient point les caractères d'une hépatisation ordinaire. Parfois ils offraient une nuance d'un jaune sale, d'autres fois une teinte de chocolat, formant des ilots à contours irréguliers et de grandeur variable, rappelant les noyaux décolorés de la pulpe splénique, dont il a été question plus haut. Il y avait apoplexie pulmonaire dans trois cas.

L'exsudat de couleur jaune sale ou chocolat observé dans les poumons, présentait les caractères microscopiques suivants : 1° un grand nombre de molécules et de granules, remplissant les cellules aériennes et infiltrées

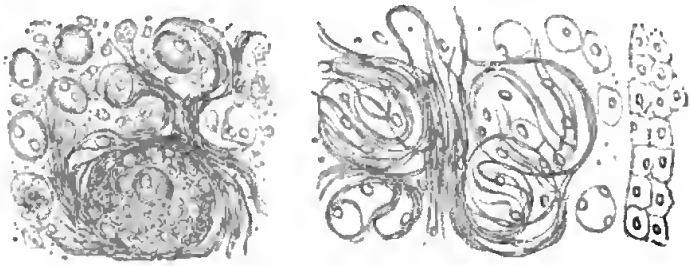


Fig. 564. Fig. 565. Fig. 566.

dans le tissu aréolaire; 2° des noyaux libres; 3° des cellules épithéliales, isolées et hypertrophiées avec des noyaux en voie de multiplication;

Fig. 564. Aspect de l'exsudat et des cellules épithéliales observées dans le poumon, dans un cas de pneumonie typhoïde.

Fig. 565. Autre parcelle du même poumon, après addition d'acide acétique.

Fig. 566. Parcelles de l'épithélium normal, séparé des vésicules aériennes.

250 *diam.*

4° enfin, un certain nombre de corpuscules granulaires composés. On a voulu voir également dans cet exsudat un dépôt prétendûment typhoïde; mais il se compose bien plutôt en partie d'un exsudat altéré, sous l'influence d'un vice de constitution du sang, et en partie d'épithélium desquamé, avec tendance à la multiplication des noyaux à l'intérieur de cet épithélium.

Intestins. — Ces organes présentaient chez dix-neuf sujets les lésions si bien décrites par Bretonneau, Louis, Cruveilhier, etc. (Dothienentérie, ulcères typhoïdes, etc.) C'était une altération particulière des plaques glandulaires rondes ou ovales du petit intestin : à un premier degré, elles apparaissaient comme des élevures charnues, faisant une certaine saillie au-dessus de la surface muqueuse; les plaques rondes formant une sorte de bouton gros comme la moitié d'un pois, et les plaques ovales ayant des bords abrupts. A un degré plus avancé, ces masses étaient plus ou moins ramollies, notamment près de leurs bords où elles semblaient près de tomber en putrilage et de se séparer. A un troisième degré, la portion gangrénée s'était séparée, laissant à sa place un ulcère à bords abrupts, comprenant toute l'étendue de la glande, mais variant en profondeur, intéressant parfois la couche musculaire ou même allant jusqu'au péritoine. Le péritoine en cet endroit présentait alors une tache rouge ou violette, produite par la congestion vasculaire et correspondant à l'ulcération intestinale. Les plaques élevées s'étendaient en certains cas, d'une part jusque dans le duodenum et d'autre part jusque dans le rectum. Chez un sujet, de nombreuses élevures dothiénentériques, offrant à peu près le volume et la forme d'une moitié de pois, se trouvaient disséminées sur toute l'étendue du côlon ascendant et transverse. Dans un petit nombre de cas, les follicules isolés du gros intestin paraissaient gonflés mais vides, ayant à leur centre une tache d'un bleu foncé ou noire. D'autres fois, les plaques rondes et ovales du petit intestin offraient un aspect grisâtre ou légèrement ardoisé. La perforation de l'intestin, par suite d'ulcération avait amené la mort dans trois cas. Chez un sujet, de la dyssenterie, avec des flocons de lymphe attachés sur la surface muqueuse du côlon ascendant et transverse, était associée avec une dothiénentérie des mieux caractérisées. Des cicatrices rondes et ovales, offrant tous les degrés du travail de réparation des ulcères typhoïdes de l'intestin, furent constatées dans deux cas.

L'examen microscopique de la matière trouvée dans les glandes intestinales, dont il vient d'être question, y montra un grand nombre de molécules et de granules, associés à des noyaux libres et à des cellules propres aux sacs glandulaires; ceux-ci étaient démesurément distendus par les éléments cellulaires, parvenus à divers degrés de développement ou de dissociation. A ce point de vue, cette matière présentait beaucoup de rapports avec la substance des noyaux de la rate dont il a été parlé; d'ailleurs elles consistent sans doute dans la même lésion glandulaire.

Glandes mésentériques. — Dans tous les cas où les ulcérations intesti-

nales étaient de date récente, les glandes mésentériques se trouvaient augmentées de volume, ramollies, friables et d'une coloration grisâtre ou violette, tirant sur le rouge. Quelques-unes de ces glandes atteignaient le volume d'un œuf de poule. Sur une surface de coupe, elles apparaissaient finement granulaires, d'une teinte jaune grisâtre ou fauve foncée, et leur substance était généralement molle et friable, ou même, dans certaines parties de la glande, réduite en un liquide à consistance de crème.

Cette matière crémeuse exprimée de la glande, puis examinée à un grossissement de 250, se trouvait formée d'un grand nombre de cellules, la plupart sphériques, dont le diamètre variait de $\frac{1}{150}$ à $\frac{1}{55}$ de millimètre. Parfois ces cellules contenaient un grand nombre de noyaux, occupant les trois quarts de leur capacité et ayant environ $\frac{1}{200}$ de millimètre de diamètre. D'autres fois trois ou quatre noyaux semblables seulement étaient disséminés dans la cellule. L'acide acétique rendait la paroi cellulaire très transparente; seuls, les noyaux n'étaient pas affectés. Bon nombre de ces derniers étaient libres et auraient pu être confondus, à première vue, avec les globules du sang, mais ils s'en distinguaient par la réaction de l'acide acétique. (Voir fig. 260 à 269, t. I, p. 273.)

Sang. — Le sang, dans la plupart des cas, était fluide et d'une nuance sale brunâtre. Cependant, lorsque la maladie avait duré assez longtemps, surtout quand l'altération des glandes était bien marquée, on trouvait des caillots solides dans le cœur et dans les gros vaisseaux.

Lésions diverses. — Les autres lésions principales, observées dans les soixante-trois autopsies dont il est question ici, ont été : chez deux sujets, de la glossite avec angine tonsillaire et laryngite; chez un, des abcès du rein et, chez un autre, un abcès dans le médiastin postérieur.

Le cerveau n'a guère paru affecté dans aucun de ces cas; seulement il présenta parfois un peu de congestion ou, tout au plus, un léger épanchement dans la cavité sous-arachnoïde ou dans les ventricules latéraux. Sept individus ne présentèrent de lésion d'aucune sorte.

Tel est le sommaire des lésions apparentes, observées sur les soixante-trois sujets dont j'ai fait l'autopsie durant l'épidémie de 1847-48, caractérisée surtout par la prédominance de la fièvre typhoïde. Depuis quelques années, la proportion des fièvres typhoïdes, par rapport aux typhus, semble aller en augmentant sans cesse.

Pathologie et étiologie de la fièvre continue.

En ce qui concerne la nature de la fièvre typhoïde, comme de toutes les autres formes de fièvre, nous devons avouer que nous connaissons bien peu de chose. Cependant, on est frappé de voir combien la rate, les glandes intestinales et celles du mésentère sont fréquemment affectées. Ces glandes constituent une partie de l'appareil chargé de sécréter le sang, comme nous l'avons vu à propos de la leucocythémie. Cette connaissance commence à nous faire saisir la relation qui existe entre l'altération de ces tissus et celle du sang dans la fièvre. Des recherches plus approfondies

sont cependant nécessaires pour déterminer la nature de cette relation, non moins que l'influence qu'exercent ces glandes sur le sang, et ce dernier à son tour sur les glandes.

Les mêmes arguments qui s'appliquent à l'incertitude du diagnostic sont susceptibles d'être appliqués à la doctrine généralement reçue, que les différentes formes de fièvre dépendent de poisons différents, suivent un cours particulier et des lois aussi distinctes que celles qui règlent les diverses espèces de fièvres éruptives. Sans vouloir nier l'existence des diverses sortes de fièvre continue, je suis d'avis que leur existence n'a encore pu être définitivement démontrée. Je dirai plus, des complications intenses, les circonstances accidentelles de saison, de régime, de constitution et d'autres causes de nature semblable peuvent, selon moi, modifier la fièvre suivant les individus et selon les temps divers; c'est à ces causes qu'il faut attribuer les variations signalées dans un grand nombre de cas. Au surplus, j'ai la conviction que la fièvre typhoïde et le typhus peuvent très bien régner de pair, pendant la même épidémie, passer de l'une à l'autre et se communiquer mutuellement. C'est là, d'ailleurs, un fait parfaitement établi lors de l'épidémie qui sévit à Edimbourg en 1847-48. Les deux formes régnaient de pair, en même temps et dans les mêmes localités; souvent, de la même maison, provenaient des malades affectés les uns de typhus les autres de fièvre typhoïde, et ces derniers présentant à l'autopsie les lésions intestinales les plus caractéristiques.

Un autre point à noter, c'est que ces différentes formes de fièvre peuvent très bien se suivre l'une l'autre, absolument de la même manière que les récurrences ou retours de la même forme de fièvre. L'observation suivante en fournit un exemple.

Obs. CCXXXIX (1). — *Fièvre typhoïde suivie du typhus.*

Commémoratif. — Sarah Hewson, 23 ans, non mariée, fille de cuisine, fut admise le 23 octobre 1864. Elle s'est bien portée jusqu'au 17, jour où, après s'être exposée au froid, elle fut prise de frissons et de symptômes fébriles. Le surlendemain elle prit du sulfate de magnésie, mais, se sentant incapable de travailler et la faiblesse et la prostration ne cessant d'augmenter, elle se décida à venir à l'Infirmerie.

Symptômes a l'entrée. — La peau est chaude et sèche, le pouls à 96, assez développé; pas d'éruption; langue couverte d'un enduit brun; pas d'appétit; soif marquée; pas de diarrhée ni de douleur dans le ventre; pas de céphalalgie. *Potion saline. Beef-tea et lait pour aliments.*

Marche de la maladie. — 26 *octobre.* Pouls à 74, faible. 120 *grammes de vin.* — 27 *octobre.* Eruption de quelques taches rosées sur l'abdomen. Selles liquides, comparables à de la purée de pois. A partir de ce moment l'affection prend tous les caractères d'une fièvre typhoïde ordinaire; un mieux sensible se prononce le 6 novembre, c'est-à-dire au vingt-unième jour de la maladie. Cependant la diarrhée avait réduit la malade à un état de faiblesse extrême et la convalescence s'établit lentement, malgré l'emploi du vin et d'un régime généreux. Enfin, cette personne fut congédiée le 14 décembre.

(1) Recueillie par MM. Wm Johnston et R. Mackelvie, élèves du service.

Rentrée le 18 décembre, elle présente tous les symptômes du typhus à part l'éruption. Facies empourpré et anxieux. Chaleur à la peau (40° c. dans l'aisselle), transpiration profuse. Pouls à 128, faible. Langue chargée d'un enduit blanc au centre. Pas d'appétit ; soif vive ; constipation ; céphalalgie ; dépression musculaire profonde ; sommeil interrompu ; pas de délire. Respiration à 25 par minute ; toux légère ramenant des crachats muqueux, épais. Urine normale. A partir de ce moment l'affection suit le cours ordinaire du typhus et la malade entre en convalescence le 26 décembre (14e jour à dater du frisson). Congédiée le 23 janvier suivant.

Il paraît que, le 12 décembre, deux jours avant sa sortie, cette fille avait éprouvé une vive sensation de froid et de frissons, mais elle se trouvait beaucoup mieux le 14. Elle se rendit chez son beau-frère où elle ressentit bientôt un malaise croissant et une prostration de plus en plus profonde jusqu'à ce qu'elle revint à l'Infirmerie. Elle nous a raconté que, durant les quinze derniers jours qu'elle a passés dans la salle, elle s'était attachée à une autre malade (du nom de Boyd) qui était atteinte du typhus et près du lit de laquelle elle passait une grande partie de son temps. Cette cause de contagion est d'autant plus plausible que chez le beau frère de notre patiente, il n'y eut aucun cas de typhus ni avant son arrivée ni même après son départ.

Le Dr Murchison à cherché à établir que le typhus et les fièvres récurrentes sont le résultat de l'encombrement, du défaut de ventilation et du manque de nourriture. La fièvre typhoïde, d'autre part, serait le produit d'émanations de matières organiques en putréfaction, ou d'impuretés d'origine organique tenues en suspension dans les eaux potables, et souvent de ces deux causes réunies. Les arguments qu'il allègue en faveur de ses opinions sont dignes d'être pris en considération ; aussi, en a-t-on tenu compte dans l'enquête médicale de 1862-63 et depuis lors. Toutefois, les faits dont j'ai été témoin et que j'ai relatés lors de l'épidémie de 1847-48, ne me semblent point s'expliquer par ses hypothèses. Il y a plus, quoique je n'aie jamais perdu de vue ces idées depuis que le Dr Murchison les a publiées, je ne sais si j'ai encore rencontré un seul cas dans ma pratique hospitalière si nombreuse, où cette relation de cause à effet entre l'exposition à des émanations putrides d'origine organique et la fièvre typhoïde ait pu être établie d'une manière nette et indubitable ; pourtant, à l'occasion de chaque cas, ces points ont été discutés et, dans un seul, les opinions ont été divisées dans la classe à ce sujet. Comme ce cas montre avec quelle facilité l'esprit guidé pas des idées préconçues se laisse facilement entraîner, nous croyons bien faire en le rapportant ici.

Obs. CCXL (1). — *Fièvre typhoïde. — Convalescence au 21e jour.*

Commémoratif. — Kennett Sinclair, 21 ans, matelot, natif de Caithness, est entré à l'Infirmerie le 6 mai 1864. Cet homme avait toujours joui d'un santé excellente, lorsque, vers la mi-mars, il s'engagea sur un vaisseau pour faire la traversée de Wick à Dantzig. La cargaison consistait en harengs salés dont la saumure, s'écoulant dans la cale, ne tarda pas à se corrompre et à répandre une odeur insupportable. On distribua des vivres en abondance ainsi que des végétaux frais ; mais le gaillard

(1) Recueillie par M. J. M. Moore, élève du service

d'avant, où logeaient les hommes de l'équipage, était petit et mal ventilé. La traversée dura douze jours et le séjour de Dantzig fut de trois semaines. Durant tout ce temps là, notre homme resta sur le navire occupé à un travail assez rude, seulement avec une ration de viande fraîche très suffisante. Les égouts de la ville de Dantzig se déversent dans le port dont ils infectent les eaux au point d'y produire une odeur insupportable. Une semaine environ avant de lever l'ancre, notre patient but par mégarde une certaine quantité de cette eau; deux jours après il avait la diarrhée et ne s'en est plus débarrassé; il a en moyenne huit selles dans les vingt-quatre heures. Le navire fit voile alors pour Londres, avec une cargaison de froment et entra dans la Tamise vers le 26 avril. Notre homme travailla durant tout le voyage et, de plus, fut employé à nettoyer le vaisseau deux jours après son arrivée. Se sentant exténué, il se rendit chez un pharmacien pour lui demander un remède contre sa diarrhée, mais comme il n'en éprouva aucun bon effet, il garda le lit quelques jours. Cependant le mal empirait de jour en jour et il survint des frissons; il quitta alors Londres le 4 mai et arriva par mer à Edimbourg, le 6.

Symptômes a l'entrée. — Le malade est excessivement faible et sait à grand peine répondre aux questions qu'on lui adresse. La langue est chargée d'un enduit blanc comme de la crème au centre, elle est rouge à la pointe. Selles liquides semblables à de la purée de pois. Sensibilité morbide parmi tout le ventre. Injection de la face; chaleur à la peau; décubitus dorsal. Pouls à 96, assez large et non dépressible. Selon toute probabilité le malade est au 11e jour de la fièvre.

Marche de la maladie. — A partir de ce moment jusqu'au 16 (21e jour de la maladie), le malade conserva en moyenne deux selles par jour et son pouls oscilla entre 88 et 96. Le 16, le pouls est à 84, de force passable, et régulier; il y a encore eu deux selles. Cependant un mieux sensible et progressif s'établit et cet homme nous quitta, le 28 juin parfaitement guéri.

Commentaire. — Cette observation est rapportée exactement comme l'élève l'a recueillie; elle est assez correcte, seulement, elle semble rapporter la cause de la fièvre aux mauvaises odeurs et aux émanations putrides auxquelles cet homme avait été exposé. Lorsqu'il fut convalescent, on l'interrogea de nouveau et à différentes reprises sur les diverses circonstances qui avaient précédé sa maladie. Voici ce qu'il nous apprit alors. Lorsqu'il quitta Wick, il était en très bonne santé. Une odeur insupportable ne tarda pas à se répandre parmi tout le navire, occasionnée par la putréfaction des harengs au fond de la cale. Le voyage dura dix jours et on mit deux jours à décharger à Dantzig. Le vaisseau resta vide dans le port pendant une semaine, puis on mit trois jours à charger du froment, enfin on mit à la voile deux jours plus tard. Durant ce laps de temps de vingt-quatre jours, il ne cessa d'être en bonne santé; mais la veille de son départ de Dantzig, ayant pu se rendre à terre, il lui arriva de vouloir boire à une pompe, mais à la première gorgée, ayant trouvé à l'eau un goût de pourri, il se garda d'en avaler davantage. Pendant tout ce temps là, l'équipage était pourvu de viande et de légumes frais. Le vaisseau se rendit alors à Fairwater, à deux lieues plus bas que Dantzig, et on y séjourna une semaine. Ce fut là seulement qu'au bout de deux jours la diarrhée se déclara. Néanmoins, il continua à travailler pendant les dix jours que dura la traversée jusqu'à Londres. Durant la première quinzaine, il avait en moyenne trois selles dans les vingt-quatre heures. A son

arrivée à Londres, il fut quérir un remède chez un pharmacien, mais il ne tarda pas à éprouver des frissons et une prostration profonde. Il résolut alors de revenir à Edimbourg, où il arriva deux jours après par un des bateaux à vapeur de la General Steam Navigation Company.

Les faits ainsi précisés ne me semblent point plaider en faveur de l'idée d'attribuer la fièvre typhoïde de cet homme aux émanations putrides auxquelles il fut exposé. La cause de ces émanations fut écartée par le déchargement des harengs, douze jours avant l'apparition de la diarrhée, cette dernière paraîtrait bien plutôt être la conséquence de l'ingestion d'eau de mauvaise qualité. Cependant, si cette diarrhée avait été traitée convenablement et arrêtée tout au début, cet homme aurait-il eu la fièvre typhoïde? Notons que l'attaque fébrile et les frissons ne sont venus que quinze jours après l'apparition de la diarrhée, en arrivant dans la Tamise.

Ces questions présentent un grand intérêt, et l'histoire entière de cet homme montre combien il est nécessaire d'analyser avec soin les faits avant de tirer des conclusions par rapport à la cause d'une maladie. Rien de plus commode que d'attribuer des maladies à des causes de ce genre, vu les émanations qui s'échappent sans cesse des égoûts, des ports et des navires. Pourtant, si nous considérons combien de fois ces causes restent inertes, et combien sont incertaines leurs rélations avec les cas de fièvre typhoïde, nous pouvons très bien nous demander si telles sont bien les facteurs de cette maladie. Dans la session d'hiver de 1862-63, j'ai passé en revue soigneusement, et médité ce sujet, auquel la publication des importants travaux de Tweedie et de Murchison donnaient un intérêt particulier (1). Une série de treize cas ont été commentés avec un soin spécial, à ce point de vue surtout. Afin de ne pas occuper trop d'espace en les relatant, je les présenterai sous forme de tableau, en y ajoutant deux autres cas, observés au commencement de la session d'été de 1863. La fièvre dans tous ces cas était des mieux marquée, et les points sur lesquels ont porté spécialement nos investigations ont été : la résidence, l'exposition à la contagion ou aux émanations putrides, au point de vue des causes, et, par rapport au diagnostic, les symptômes du côté du système tégumentaire, des intestins et du système circulatoire. (Voir le tableau synoptique ci-dessous.)

(1) *Lectures on Continued Fevers*, par A. Tweedie, M. D , etc., et *Treatise on the Continued Fevers of Great Britain*, par C. Murchison, M. D., etc 1862.

Obs.	Noms.	Age	Profession	Résidence.	Causes de contagion	Éruption à la peau.	Symptômes intestinaux.	Symptômes cérébraux.	Terminaison.	REMARQUES.
CCXLI	R. Robertson	18	Boulanger.	Thistle street	Aucune	Quelques taches roses sur le ventre	Diarrhée abondante. Selles purée-de-pois	Présents	Convalescence au 21e jour.	Complication de pneumonie. — 81 selles ont été rendues entre le 9e et le 21e jour de la fièvre
CCXLII	Rob. M'Entyre	32	Souffleur	North Place	Aucune	Quelques taches roses isolées sur le ventre	Diarrhée peu intense. Selles purée de-pois	Antérieurs à l'entrée	Convalescence au 15e jour.	Complication de pneumonie. — Superpurgation avant l'entrée à l'infirmerie.
CCXLIII	John Smith	21	Policeman	Portobello	Aucune	Quelques taches roses isolées sur le ventre	Diarrhée légère. Selles purée-de-pois	Absents	Convalescence au 14e jour	Purgé à plusieurs reprises avant l'entrée.
CCXLIV	Alex. Malcolm	25	Commis	Hill Place	Aucune	Quelques taches roses isolées sur le ventre	Forte diarrhée. Selles mare de café ou couleur de chocolat	Violents	Mort le 12e jour.	Symptômes graves du côté du cerveau ayant persisté jusqu'à la mort. *Ulcérations intestinales à l'autopsie*
CCXLV	James Ruoch	12	Commissionnaire	Blackfriars Wynd	Aucune	Deux taches roses douteuses	Beaucoup de diarrhée. Selles purée-de-pois	Absents	Convalescence au 21e jour.	Symptômes typhoïdes marqués.
CCXLVI	Ann Kennedy	40	Femme de journée	Fontainbridge.	Aucune	Aucune	Constipation	Absents	Convalescence au 14e jour.	Fièvre intense.
CCXLVII	Mt Brisbane	35	Ouvrière	?	Aucune	Éruption miliaire disséminée	Diarrhée légère. Selles comparables à du marc de café ou de chocolat	Présents	Convalescence au 1er jour.	L'éruption était très forte, généralisée, formant des taches crescentiques, ayant un aspect framboise et persistant
CCXLVIII	Jane Hadden	55	Ménagère	Portobello	Aucune	Aucune	Constipation	Absents	Convalescence au 7e jour.	Fièvre synoque intense (Febricula).
CCXLIX	W. Macauley		Porteur	Grassmarket	Voisinage malsain.	Éruption miliaire très forte parmi tout le corps	Diarrhée	Présents	Convalescence entre le 17e et le 21e jour	Le commencement de la convalescence n'a pu être déterminé exactement.
CCL	Wm Clairhew	25	Policeman	Porto bello	Aucune	Plusieurs petites taches roses sur l'abdomen	Diarrhée	Présents	Convalescence au 15e jour.	Fièvre typhoïde marquée. Convalescence précoce.
CCLI	Eliza Krohn	29	Femme de cordonnier	Pas de résidence fixe.	Inconnues	Aucune	Diarrhée légère	Absents	Mort 5 jours après son arrivée.	Épuisement avant son admission. *Ulcérations intestinales constatées à l'autopsie.*
CCLII	Jane Hancock	32	Ouvrière	Était dans la salle de la clinique	Contagion reconnue	Éruption miliaire	Constipation	Absents	Convalescence au 14e jour.	La maladie a été probablement contractée dans la salle.
CCLIII	Isab. M'Crie	24	Servante	A l'infirmerie	Incertaines	Éruption miliaire.	Légère diarrhée	Légers.	Convalescence au 14e jour.	Typhus bien accentué.
CCLIV	J. Hamson.	18	Matelot	Pas de résidence fixe	Inconnues	Aucune	Diarrhée persistante	Marqués	Mort 4 jours après son arrivée.	*Méningite et ulcérations intestinales constatées à l'autopsie.*
CCLV	Isab. Scott	19	Servante	?	Aucune	Aucune	Diarrhée légère	Marqués	Convalescence au 40e jour.	Symptômes du typhus avec complications cérébrales, diarrhée; enfin symptômes et durée de la fièvre typhoïde.
CCLVI	Mary Stewart	20	Servante	Moray Place	Aucune	Quelques taches roses	Diarrhée assez forte	Absents	Convalescence au 14e jour	Fièvre typhoïde bien accentuée. — — Convalescence précoce

Commentaires sur les cas du tableau synoptique. — Parmi ces seize cas de fièvre, dix appartiennent à la fièvre typhoïde, en y comprenant le malade de l'observation CCLV, dont la nature pourrait cependant sembler douteuse; mais nous l'avons regardée comme typhoïde par la raison que sa durée a dépassé vingt-et-un jours. Cinq autres cas sont des typhus, et le dernier une fièvre synoque. Les résidences des malades sont des plus disséminées; les cas de fièvre typhoïde entre autres ne provenaient d'aucun foyer spécial où il y eut des effluves malsains ou un drainage insuffisant. Les cas de typhus proviennent de Grassmarket, de Fountainbridge et de l'Infirmerie même. Nous avons pris grand soin de rechercher la cause immédiate de la maladie, notamment si elle était due à la contagion où à l'influence d'exhalaisons pernicieuses. Toutefois, à part les deux cas qui se sont déclarés à l'Infirmerie et où il y a présomption de contagion, dans tous les autres il a été impossible d'assigner une cause plausible à l'explosion de la fièvre. Des dix malades atteints de fièvre typhoïde, sept ont présenté l'éruption de taches rosées lenticulaires. Quatre malades sur cinq affectés du typhus, ont présenté l'éruption miliaire, et elle était marquée au point que des élèves la confondaient avec la rougeole. Une forte diarrhée continue s'est montrée dans la moitié des cas de fièvre typhoïde; elle a été de moyenne intensité chez un malade et légère chez quatre. Les selles offraient la couleur purée de pois nettement accusée dans quatre cas; elles ressemblaient à du marc de café ou à du chocolat, dans un cas terminé par la mort. Des symptômes du côté de la tête avec douleur excessive et délire ont été notés chez cinq des malades atteints de fièvre typhoïde et ont fait défaut chez cinq autres. L'un de ceux de la première catégorie avait une méningite, constatée à l'autopsie. Des symptômes cérébraux analogues se sont montrés chez trois des sujets atteints de typhus et ont manqué chez les deux autres. Les dix cas de fièvre typhoïde ont fourni trois morts; les autopsies faites avec soin ont révélé chaque fois des ulcérations intestinales caractéristiques de cette forme fébrile. Des sept survivants, quatre sont entrés en convalescence après le second septénaire et trois après ou dans le cours du troisième, ce qui est le terme ordinaire, assigné à cette affection. Des cinq individus atteints de typhus, quatre étaient convalescents au bout du second septénaire; le cinquième a vu son affection se prolonger; mais nous n'en pouvons fixer la durée exacte. Tous ceux qui ont observé ces cas ont été convaincus, et il en sera de même, je pense, de ceux qui voudront bien reprendre cette analyse, que les descriptions didactiques de ces auteurs, qui cherchent à établir des distinctions entre les divers phénomènes prédominants de ces fièvres, spécialement sur le mode d'origine, la présence d'une éruption, l'existence de symptômes du côté de l'intestin ou du cerveau, l'époque fixe de la terminaison, ces descriptions, dis-je, loin d'être invariablement exactes, laissent place à de nombreuses et à de frappantes exceptions. La conclusion à tirer de tout ceci, c'est que le médecin doit se garder souvent de vouloir préciser trop tôt son diagnostic, en attachant une importance trop grande à tel ou tel ordre de symptômes.

On a soutenu, dans ces dernières années, que les gaz se dégageant des matières animales ou végétales en voie de décomposition, des égouts mal établis, etc., sont non seulement des causes spéciales de certaines fièvres spécifiques, mais que les mauvaises odeurs sont la preuve de l'existence de ces causes morbifiques. Les hygiénistes et les autorités municipales sont arrivés de nos jours à susciter une sorte de *furor publicus* concernant cette matière; aussi les résultats de cet entrain général ne le disputent sous le rapport de l'inutilité et de l'extravagance qu'à la manie des chemins de fer qui s'est emparée des esprits, il y a un certain nombre d'années. Les villes engouffrent leurs revenus dans des ouvrages gigantesques destinés, non à utiliser pour l'agriculture les détritus de leur population, mais à les recueillir dans des canaux qui les conduisent au loin se perdre inutilement. On gaspille de la sorte des millions pour se débarrasser de ces matières si précieuses au sol et à l'agriculture et les rejeter au loin dans les grands cours d'eau et à la mer; et tout cela naît de cette idée que les odeurs et les émanations qui s'en dégagent sont des sources de pestilence et qu'il faut s'en débarrasser à tout prix. Voici quelques considérations utiles peut-être pour rectifier les opinions du public sur ce sujet.

1. *L'air atmosphérique, même fortement imprégné d'odeurs diverses, n'est pas nécessairement nuisible à la santé.* 1° Dans certains pays où l'on cultive en grand des fleurs odorantes pour les besoins de l'industrie et de la parfumerie, il arrive bien souvent que les étrangers souffrent momentanément de quelques maux de tête, mais on n'y voit point régner pour cela d'épidémie particulière. 2° Il est, dans les environs de Paris, un établissement étrange nommé Montfaucon dont l'industrie consiste à convertir les excréments en masses solides au moyen de la simple évaporation, pour être ensuite livrés à l'agriculture sous le nom de *poudrette*. Les étrangers qui visitent ces environs peuvent à peine supporter l'odeur infecte qui s'exhale; cependant les habitants du voisinage, qui y sont accoutumés, s'en aperçoivent à peine et ne sont pas plus qu'ailleurs visités par les épidémies. 3° Jamais on ne s'était plaint autant de l'état de la Tamise qu'en 1858, par suite de l'odeur putride qu'elle répandait; cependant, l'état sanitaire de la ville de Londres n'a pas plus laissé à désirer cette année que toutes les autres. 4° Les prairies de Craigentinny, près d'Edinbourg, ont été fertilisées durant deux siècles par les égouts de la ville qui s'y déversaient; naturellement l'odeur qui y régnait était loin d'être toujours agréable; néanmoins le voisinage n'a jamais été signalé pour son insalubrité. 5° Les égouts de Naples charrient jusqu'à la mer les détritus de la ville, qu'ils reçoivent par de larges ouvertures béantes dans les rues. Les rives de la magnifique baie au bord de laquelle la ville est assise sont d'ordinaire empestées à tel point que, contrairement à ce qu'on voit partout ailleurs, les appartements de ce quartier se louent d'autant plus cher qu'ils sont à un étage plus élevé. Le sol, à certains endroits, exhale des quantités considérables d'hydrogène sulfuré; les latrines des grands hôpi-

taux empestent l'air d'exhalaisons ammoniacales fétides; néanmoins, dans ces établissements pas plus que dans la ville, on ne constate davantage d'épidémies de fièvre, et notamment de fièvres typhoïdes, si répandues dans toutes les villes d'Europe de même importance. 6° Les Drs Livingstone et Kirk m'ont assuré également qu'en Afrique les marais à mangliers exhalent à de certains moments des odeurs exécrables, et cela, sans qu'on remarque plus de maladies dans le voisinage de ces foyers d'infection que partout ailleurs.

2. *L'air atmosphérique chargé des effluves les plus dangereux peut être parfaitement inodore.* On en trouvera la preuve dans les diverses parties du monde et notamment dans les marécages du comté d'Essex et du Lincolnshire, dans les terres basses de la Hollande, dans la campagne de Rome, dans le Delta du Gange, dans les marais de la Louisiane, des côtes de Guinée de la Jamaïque et de beaucoup d'autres lieux. Jamais on n'a attribué à des odeurs répandues dans ces contrées insalubres les fièvres intermittentes et rémittentes, ni les fièvres continues qui y règnent en permanence.

Il s'ensuit donc :

3° *Qu'il n'existe pas nécessairement de rapport entre les odeurs et les gaz délétères.* Certains gaz, à la vérité, comme l'hydrogène sulfuré, affectent désagréablement l'odorat, mais d'autres ne lui disent absolument rien, par exemple l'acide carbonique. On a fait observer, cependant, que si les odeurs désagréables ne sont pas nuisibles par elles-mêmes, elles sont au moins un indice de danger. Nous avons entendu, dans une discussion qui s'éleva à ce sujet dans la section de Physiologie à la British Association en septembre 1864, nous avons entendu, dis-je, un chimiste soutenir que dans une décomposition putride, les odeurs se dégageaient en premier lieu et seulement ensuite les vapeurs nuisibles; un autre chimiste également autorisé soutenait au contraire que les gaz odorants s'échappaient les derniers et étaient plutôt un indice que tout danger avait cessé : c'est un peu l'histoire de la queue du lion ; quand on l'aperçoit il est naturel de songer aux dents et aux griffes qui ne sont pas loin ; quelqu'un plus pointilleux, pourrait ergoter en soutenant que lorsque la bête tourne le dos, c'est le meilleur signe que le danger est sur le point de s'éloigner. Pour moi, je ne crois point que les odeurs, en tant qu'odeurs, soient nuisibles à la santé, puisqu'on peut s'y habituer et vivre parfaitement au milieu d'elles. Cependant la grande difficulté qu'on a opposée à l'utilisation des détritus des villes pour l'agriculture, c'est l'exagération de ce préjugé du danger des odeurs et la nécessité de la désinfection préalable de ces matières.

4. *Les matières des égouts déversées librement dans les cours d'eau ne sont pas dangereuses pour la santé.* Je citerai à l'appui de cette proposition : 1° l'état de la Tamise en 1858; 2° l'état de la Water of Leith, dont le voisinage, comme l'a déclaré le Dr Little John, membre du comité de salubrité d'Ediubourg, est plus salubre que bien d'autres quartiers de la ville relativement à sa population ; au moins, d'après les statistiques du Dr Millar,

la mortalité n'y est-elle point plus forte que dans les parties de la ville les plus salubres. La statistique en question montre même que dans ce district, la mortalité à la suite des fièvres est seulement de 17,62 tandis qu'elle est de 24,5 pour toute la ville et de 29 pour les districts de Canongate et de St-Giles. Si l'on excepte les rues avoisinant Water of Leith, habitées par les classes aisées, la mortalité annuelle est seulement de 18,80 (1). 3° En tout cas, le déversement de ces immondices dans l'eau ne tue point, comme on l'a avancé, puisque d'après le Dr Elliot de Carlisle, (2) les saumons ont augmenté de grosseur et de poids depuis que les égouts de cette ville se déversent dans l'Eden. Il serait même permis d'insinuer que les fameuses *witebait* de Greenwich et de Blackwall ne doivent leur délicatesse qu'à l'état particulier de la Tamise dans le voisinage.

5. *On ne saurait prouver que la fièvre typhoïde et les autres fièvres essentielles sont dues à la fermentation ou à des émanations de matières fécales.* Le Dr Murchison a cité beaucoup d'exemples où des épidémies de fièvre typhoïde ont coïncidé avec l'ouverture d'égouts, ou avec le mauvais état des égouts de tout un quartier. On pourrait opposer à ces allégations autant d'autres faits contradictoires et citer bien de mauvais systèmes d'égouts n'ayant jamais donné lieu à des épidémies de fièvre typhoïde, et trouver de ces dernières ayant sévi dans des districts où les égouts ne laissent rien à désirer. La grande épidémie de typhus et de fièvre typhoïde qui ravagea Edimbourg en 1847-48 est venue à la suite de la perte de la récolte de pommes de terre. Anciennement, les villes n'avaient pour ainsi dire par d'égouts ou n'en avaient que d'insuffisants; néanmoins à cette époque, on ne connaissait que le typhus; la fièvre typhoïde était totalement inconnue. Aujourd'hui que nous avons des canaux souterrains établis dans les meilleures conditions, voilà que la fièvre typhoïde tend à devenir de plus en plus commune. Le Dr Murchison va au devant de cet argument en faisant observer que l'usage de plus en plus général des Water-closets à l'intérieur des maisons y diffuse trop souvent les émanations par suite du manque d'eau. S'il en était aussi, les fièvres devraient être surtout communes en automne, lorsque les eaux sont toujours le moins abondantes; on sait, au contraire, qu'elles sévissent principalement en hiver lorsque l'eau ne manque jamais. D'ailleurs, la fièvre typhoïde, anciennement, était parfaitement inconnue dans les maisons pourvues de Water-closets, tout aussi bien que dans celles qui n'en avaient pas. Une dernière anomalie non moins étrange qu'embarrassante pour l'opinion adverse, c'est ce fait que les hommes employés presque constamment dans les grands égouts de Londres, et par conséquent exposés aux prétendus foyers d'infection les plus concentrés, ne fournissent point, à raison de leur métier, plus de victimes à la fièvre typhoïde.

(1) Discours prononcé au Conseil communal d'Edinbourg, 29 mars 1864.

(2) Cette assertion s'est produite au sein de la *British Association of Social Science*, 1863.

6. *Les épidémies de fièvres et notamment la fièvre typhoïde doivent donc être attribuées à d'autres causes.* Je rangerai parmi les causes réelles : la contagion, l'infection, l'insuffisance ou la mauvaise qualité de la nourriture; la mauvaise qualité des eaux potables, surtout de ces eaux dont la source est dans le voisinage de puisards ou de cimetières; l'encombrement, le défaut de ventilation et toutes les misères qui résultent de la pauvreté et du vice. Le Dr W. Budd, de Bristol, a soutenu avec beaucoup de talent que la cause des fièvres essentielles est un virus spécifique, provenant toujours des corps et pouvant être charrié par les égouts, sans jamais s'y engendrer de toutes pièces (1). Pour ma part, je crois que la cause réelle des fièvres essentielles nous est encore totalement inconnue. Lors donc qu'il existe en cette matière tant d'incertitude et tant de sources d'erreurs, les médecins ne sauraient être trop prudents quand il s'agit d'accepter des explications plausibles et plus encore quand il s'agit d'en traduire les conséquences en pratique, aussi bien au point de vue de la santé des individus que de la salubrité publique.

Une autre question, relative à la pathologie et au mode de propagation des fièvres continues, question qui a fait le sujet de discussions importantes, c'est de savoir s'il convient, si même il est permis d'introduire dans les salles communes des hôpitaux, des malades atteints de ces fièvres? Je prendrai partie pour l'affirmative, pensant qu'il vaut mieux, en tout

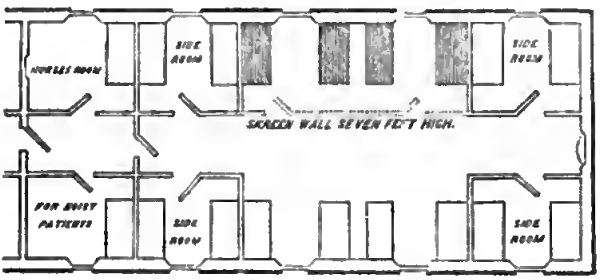


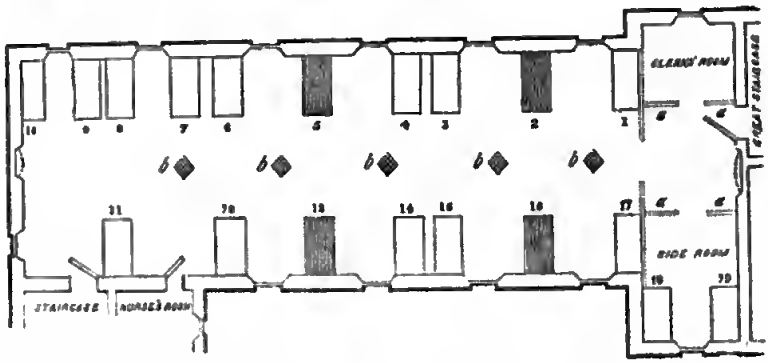
Fig. 567

état de cause, disperser le plus possible les éléments de contagion, que de les concentrer, en les rassemblant dans les salles spéciales de fiévreux. Antérieurement à 1825, un certain nombre de fiévreux se rencontraient constamment dans chacune des salles de la clinique, et cela sans nuire jamais aux autres malades; les lits destinés à recevoir cette catégorie de patients sont représentés dans la fig. 567 par les petits rectangles ombrés. L'espace qui les entourait se trouvait plus ou moins isolé du reste par une sorte d'écran de sept pieds de haut (2m,10) avec une porte à chaque bout. A présent, les lits destinés aux fiévreux sont disposés comme l'indique la

(1) Articles divers publiés dans la *Lancet*, de 1856 à 1858.

(Fig. 567. Une des salles cliniques de la Royal Infirmary, en 1817, mesurant 60 pieds de longueur sur 24 en largeur. On y voit la disposition des lits destinés aux fiévreux, qui sont séparés des autres malades par un écran

fig. 568. Chaque lit a 1100 pieds cubes d'air. Il y a en outre une fenêtre et un espace de six pieds de chaque côté des lits destinés aux fiévreux.



Ce système de distribution a donné des résultats très satisfaisants, puisque, depuis 15 années, il n'y a pas eu d'épidémie de typhus dans les salles, à une seule exception près, et encore, Christison l'a démontré, cet accident était-il dû à ce qu'on avait négligé de s'astreindre à certains points du règlement (1).

Traitement des fièvres continues.

Le traitement que j'ai trouvé le plus satisfaisant et que vous verrez généralement en usage à l'Infirmerie dans les fièvres continues, consiste à administrer, durant la période d'excitation, une potion stibiée, au besoin quelques laxatifs légers et des applications froides sur la tête préalablement rasée. Des aliments liquides, tels que du lait et du beef-tea, sont donnés d'emblée et plus tard du vin et des stimulants, aussitôt que le pouls faiblit. Dans les cas de longue durée, il faut surveiller attentivement la peau qui recouvre les saillies osseuses sur lesquelles le corps repose, afin d'éviter des escbares pouvant résulter de la pression. Enfin les complications seront traitées d'après les indications qui leur sont propres.

Préparations salines et laxatifs. — Tout au début de la maladie, quand il y a beaucoup de chaleur à la peau, un pouls rapide et fort, la potion saline la plus généralement en usage dans notre service est la suivante : — Pr. *Solution de tartrate d'antimoine, 8 grammes. Acétate d'ammoniaque liquide, 4 grammes. Eau 165 grammes. M. En donner une cuillerée à soupe toutes les quatre heures.* Juge-t-on à propos de donner un laxatif ou un purgatif, c'est à l'huile de ricin qu'on a généralement recours. De l'eau ou de la limonade légère est distribuée à volonté au malade.

(1) *Monthly Journal of Medical Science*, mars 1850.

Fig. 568. Salle clinique n° XI, en 1858, 81 pieds de long sur 24, montrant la disposition actuelle des lits destinés aux fiévreux (*Christison.*)

Applications froides sur la tête. — La céphalalgie accablante de la fièvre est régulièrement allégée par des applications froides sur la tête. Ceux-là seuls qui l'ont éprouvé, peuvent comprendre le soulagement, je dirai même la sensation agréable, produite par ces applications. Voici, selon moi, la meilleure manière de procéder : — On tient un grand bassin contre l'oreille du malade, qui se tourne en se penchant même un peu de ce côté; alors, à l'aide d'une aiguière, on laisse tomber lentement un filet d'eau sur le front, de manière à la recueillir dans le bassin et à ne pas mouiller les literies. Cette espèce de douche doit être continuée jusqu'à ce que le malade la trouve agréable et il faut y revenir fréquemment. Dans les hôpitaux et spécialement dans les salles des fiévreux, ce procédé serait inapplicable. Vous aurez remarqué, en effet, que je prescris rarement les applications froides à la tête, car l'expérience m'a appris que, le plus souvent, ce froid se change plutôt en chaleur. En effet, malgré toutes les recommandations, les infirmiers s'empressent de prendre un bout de compresse et, après l'avoir plié en deux et trempé dans l'eau froide, ils l'appliquent sur le front du malade et passent outre. En quelques minutes la chaleur de la tête a réchauffé la compresse, et c'est alors une sorte de fomentation tiède souvent continuée durant des heures. Aussi, à moins d'avoir l'assurance que le froid sera soigneusement appliqué (et dans les grands hôpitaux cela serait impossible, à moins d'avoir une infirmière pour deux ou trois malades), il vaut mieux s'en abstenir tout-à-fait. J'ai souvent songé pourtant, qu'on pourrait établir à chaque tête de lit, ou faisant le tour de la salle, un tuyau en caoutchouc, communiquant avec un réservoir et à l'aide duquel, en ouvrant simplement un robinet, les malades qui en seraient encore capables, pourraient se donner eux-mêmes cette sorte de douche à leur gré. J'ai la conviction qu'un appareil de ce genre rendrait d'utiles services.

Pour rendre efficace l'application du froid à la tête, il est nécessaire que les cheveux soient rasés; j'ajouterai même que cela est indispensable dans tous les cas graves. Cependant le médecin rencontre souvent une opposition des plus fortes de la part de l'entourage, surtout quand il s'agit de jeunes personnes, dont il est nécessaire de sacrifier ainsi une chevelure plus ou moins magnifique. Il m'est arrivé parfois de devoir en passer par un compromis, en laissant flotter les cheveux dans de l'eau froide, de manière à produire une action réfrigérante sur la tête, en agissant par action capillaire.

Régime à suivre. — Pendant les premiers jours de la fièvre, le patient a généralement de l'aversion pour toute espèce d'aliments. Il ne faut pas laisser, cependant, de donner un peu d'aliment sous forme liquide, comme du lait coupé, du beef-tea, de l'eau panée, une panade légère, et autres liquides analogues donnés avec un peu de pain grillé ou de biscuit. Si le malade menaçait de tomber dans le collapsus, il faudrait, sans hésiter, recourir aux stimulants, donner du bouillon de poulet, de fort bouillon de bœuf et du lait. Le danger dans ces cas n'est point dans la fièvre en elle-

même, mais bien plutôt dans le défaut de réparation et le manque de forces pour résister à l'état de faiblesse qui ne manque pas d'arriver. J'ai noté spécialement dans les fièvres rémittentes que les sujets convenablement nourris durant la rémission résistent mieux ou sont moins affectés au second accès. L'économie aussi est dépouillée de ses principes salins et si l'on ne donne aucun aliment, rien ne vient les remplacer; c'est pour ce motif que je suis dans l'habitude de faire ajouter beaucoup de sel commun au bouillon; ce sel a le double avantage de le rendre plus sapide, plus agréable au patient et d'aider a faire disparaître les fuliginosités et les enduits qui s'accumulent autour de la bouche. En revanche, lorsque la convalescence est arrivée, on doit se garder de faire trop de concessions à l'appétit insatiable des sujets. On ne saura jamais assez de gré au docteur Graves, de Dublin, pour avoir établi, comme une règle de pratique, de nourrir les fiévreux. Il est à regretter seulement qu'il n'ait pas donné une extension suffisante à cette règle et qu'il ne l'ait pas appliquée également aux inflammations.

Vins et stimulants. — Lorsqu'après avoir été rapide et dur le pouls tombe, devient faible et dépressible, sans néanmoins perdre le plus souvent de sa fréquence, le moment est venu d'administrer du vin ou d'autres stimulants. La quantité de vin que nous accordons varie pour les vingt-quatre heures de 90 à 180 grammes. Cependant si la dépression des forces était trop grande et surtout si le sujet avait l'habitude d'user trop largement des spiritueux, cette quantité peut être dépassée ou remplacée par une mesure équivalente d'eau-de-vie. Rien n'est plus difficile que de préciser le moment où il faut en prescrire. Le pouls, la force de la constitution, les habitudes antérieures des malades, et par dessus tout le caractère de l'épidémie régnante, seront les principaux guides du médecin. Rien, peut-être, ne saurait mieux servir à indiquer l'expérience et le tact d'un praticien que l'emploi judicieux des stimulants dans ces maladies; et je ne connais pas d'autre méthode d'acquérir cette connaissance nécessaire, que de surveiller avec soin les effets de ces agents sur le plus grand nombre possible de malades. De tous les agents dont le médecin peut disposer, il n'en est point qui soit apte à conduire plus sûrement à une terminaison favorable que les stimulants, quand il sait les utiliser à propos. D'ailleurs, il est aisé à concevoir que dans une affection où la perte d'appétit et l'abstention de toute nourriture constituent des phénomènes essentiels, il doit arriver un temps où il est absolument nécessaire de soutenir l'économie par des moyens artificiels. On doit se garder, néanmoins, de les employer plus longtemps qu'il ne faut. Cela me rappelle quelques bonnes vieilles anecdotes que ces messieurs les internes se racontent encore, et où il est question de fiévreux auxquels on avait prescrit d'assez fortes rations de wisky. Ce dernier, par quelque méprise, avait continué à être régulièrement inscrit au livre, et, quoique les malades fussent depuis longtemps guéris, les bouteilles ne se vidaient pas moins avec une surprenante régularité.

Digitized by Google

Pour ce qui est des complications survenant dans le cours des fièvres continues, je n'ai rien de particulier à en dire, si ce n'est qu'elles doivent être traitées suivant les circonstances, en se rappelant toutefois que les moyens actifs de déplétion sont toujours inutiles et ne manquent presque jamais, en diminuant les forces vitales, d'augmenter le collapsus et d'aggraver le danger.

Est-il possible de couper une fièvre continue? — Il serait bien à souhaiter de pouvoir répondre à cette question d'une manière affirmative. Sans oser être trop positif, je crois que cela est possible dans certaines circonstances, à l'aide de vomitifs. Quinze jours après ma nomination de médecin au Fever Hospital de cette ville, en 1844, je fus saisi tout à coup de lassitude, de céphalalgie et de cette sensation de froid particulière le long de l'épine dorsale, en un mot je ressentis tous les prodrômes ordinaires de la fièvre. Je pris un vomitif composé d'ipéca et d'antimoine, et le lendemain j'étais rétabli. Trois semaines après je fus repris des mêmes symptômes, mais je fis réflexion, qu'après tout mon vomitif pouvait bien n'être pas la cause de l'effet que je lui attribuais; je laissai donc le mal aller à sa guise et je finis par avoir une fièvre récurrente avec trois rechutes distinctes. Je crois avoir observé la même chose sur d'autres personnes; aussi, depuis lors, lorsque je me trouve assez tôt en présence de semblables symptômes, je me suis fait une régle d'ordonner un vomitif. Cette pratique, pour autant que j'aie bien observé, ne nuit jamais et réussit assez souvent. On pourrait objecter, il est vrai, que comme toujours en médecine, la preuve du contraire ne saurait être faite. Je n'en reste pas moins avec la conviction d'avoir ainsi prévenu l'explosion d'un grand nombre de fièvres.

Pour ce qui est de l'emploi de la quinine d'après la méthode du docteur Dundas, dans le but de couper les fièvres continues, vous avez vu que toutes les tentatives faites dans notre service ont complétement échoué (obs. CCXXV, CCXXVI, CCXXVIII, CCXXIX, CCXXX, CCXXXI et CCXXXII.) Néanmoins, nous avons poussé l'administration du médicament jusqu'à production de ses effets physiologiques, et cela, sans abréger en rien la durée de la maladie ou exercer sur sa marche la moindre modification avantageuse. J'ai même le regret de penser que, chez un de nos malades, (Obs. CCXXVIII) ce traitement a été nuisible en aggravant la complication cérébrale. Le Dr Christison a également essayé cette méthode dans un cas et le Dr W. Robertson dans huit; tous deux ont de même échoué. Ainsi chez seize malades ce traitement a été institué avec soin et avec toute l'énergie désirable; néanmoins il a échoué régulièrement dans tous les cas.

Action thérapeutique de la quinine dans les fièvres continues. Les effets produits par de fortes doses de quinine méritent d'être notés. Ces effets, je les ai constatés en premier lieu dans les salles du Dr Piorry à La Pitié, à Paris, en 1838. A cette époque, on donnait la quinine à doses énormes pour couper les fièvres intermittentes et faire diminuer la rate de volume. J'ai vu souvent administrer ainsi trois grammes de quinine ou six gram-

mes de salicine en une seule dose; on constatait les mêmes effets que vous avez vus à l'Infirmerie Royale, à la suite de doses répétées de soixante-cinq centigrammes. De part et d'autre, on provoque les mêmes phénomènes : vertiges, trouble de la vision, tintements d'oreilles ou même surdité complète, confusion des idées, parfois avec coma et contraction des pupilles. En même temps, la force et la fréquence des contractions du cœur diminuent; le pouls qui était à 120, large et dur, tombe à 80 et devient faible et dépressible. La surface cutanée, à son tour, perd de sa chaleur, devient fraîche et même se couvre d'une légère transpiration. Cette action sédative sur le cœur paraît être le résultat d'un état comateux produit par l'action primitive de cet agent sur le cerveau ; c'est du moins ce que semble prouver la cessation des phénomènes cérébraux, entraînant celle des phénomènes circulatoires. La quinine à grandes doses a donc une action narcotique. Sa principale action, cependant, semble s'exercer sur le système des nerfs ganglionnaires (voir t. I, p. 431) par le moyen desquels elle agit sur les vaisseaux sanguins et sur le sang. De nos jours, la quinine a été qualifiée d'anti-périodique, à cause des effets spécifiques qu'elle exerce, non-seulement sur les fièvres intermittentes, mais en général sur toutes les affections qui ont une tendance à se reproduire à intervalles périodiques : par exemple, certaines névralgies, certains cas d'épilepsie et même de fièvre récurrente. Cette propriété est tout-à-fait particulière et distincte de celle qu'on pourrait qualifier de fébrifuge, à moins que d'autres ne viennent plus tard, ce dont je doute, confirmer les vues du Dr Dundas.

On a considéré encore la quinine comme tonique à petites doses. Cette propriété semble lui avoir été attribuée à raison de son amertume et de ses effets remarquables dans la fièvre intermittente. Toutefois, quant à lui reconnaître la vertu d'exciter l'appétit, de stimuler les organes digestifs d'une façon quelconque, d'augmenter le ton du système général et d'activer les fonctions nutritives, bien qu'on le croie généralement, je me permets de le révoquer fortement en doute. Si la quinine est narcotique à forte dose, c'est bien le seul agent de cette classe qui soit tonique à petites doses. On l'administre souvent, il est vrai, à des personnes faibles ou convalescentes, et l'on constate de l'amélioration dans leur état; mais quant à décider si le mieux dépend de l'administration de la quinine ou bien se serait produit en son absence, c'est là un point fort difficile à élucider. Pour moi, je suis convaincu d'une chose, c'est qu'elle est inférieure comme tonique à beaucoup d'agents métalliques et végétaux; par conséquent, il ne faut pas gaspiller en pure perte, en voulant produire des effets douteux, un médicament qui produit des effets anti-périodiques si merveilleux et dont la récolte va diminuant d'année en année. Depuis bien des années, je n'ai donc plus jamais donné la quinine comme tonique, et j'attends toujours qu'on me montre un seul cas où il est nécessaire de l'employer pour augmenter l'énergie où le ton de l'organisme.

FIÈVRE RÉMITTENTE INFANTILE.

Obs. CCLVII (1).

Blanche Scott, 3 ans, enfant scrofuleuse, entrée le 10 novembre 1851. La mère nous dit qu'elle s'est bien portée jusqu'il y a quinze jours; elle eut alors une forte diarrhée, des selles vertes, très liquides, très fétides et mêlées d'une matière glaireuse. Bientôt, elle devint assoupie ou maussade le jour, agitée, ayant du malaise, de la chaleur à la peau et la face injectée vers le soir et toute la nuit. La diarrhée et la fièvre persistent depuis huit ou dix jours. L'appétit est nul, la soif vive. Depuis quatre jours il est survenu du délire, de la perte de connaissance, parfois des gémissements et des gestes exprimant le malaise ou le besoin de boire; souvent les mains se portent à la tête en même temps qu'un cri s'échappe; les doigts sont sans cesse dans le nez ou occupés autour de la bouche; enfin, il s'est produit des vomissements à la suite d'efforts répétés; les selles et les urines s'échappent dans le lit.

Symptômes a l'entrée. — La petite malade est indifférente à tout ce qui l'entoure et ne reconnaît pas même sa mère; les pupilles ne se contractent plus à la lumière; l'œil droit est légèrement dévié en dedans; souvent elle porte les mains à la tête, laquelle se tourne alors de côté et d'autre comme pour échapper au malaise; on remarque des grincements de dents continuels et, de temps en temps, des gémissements et des paroles inarticulées. La pointe de la langue, la seule partie que l'on puisse entrevoir, est très sèche et d'un rouge écarlate; la soif est continuelle; il y a des vomissements et des déjections involontaires; si l'on vient à appuyer la main sur l'abdomen, la malaise et les gémissements augmentent. La peau est chaude et sèche; on ne voit aucune apparence d'éruption; il s'est formé, sur le derrière du cou, un petit abcès d'où s'échappe un pus sanieux. Les contractions cardiaques sont faibles et le pouls filiforme à 140, parfois intermittent. Respiration courte et précipitée; pas de râles bronchiques. On prescrit de *raser la tête et d'y appliquer un vésicatoire; 60 grammes de vin de Xérès.*

Marche de la maladie. — 12 *novembre.* — La fièvre a augmenté vers le soir et la nuit a été agitée. Ce matin on note de la prostration. Peau fraîche; pouls à 120 mais plus fort et plus régulier; strabisme disparu. La connaissance n'est pas encore revenue; du pus s'est formé sous l'épiderme soulevé par le vésicatoire. — 13 *novembre.* Recrudescence fébrile hier soir; pouls de nouveau à 160, assez vif; ce matin retour de la connaissance; fièvre beaucoup moindre; langue sèche, brune et fendillée; déglutition difficile; pouls à 120. — 15 *novembre.* Même retour de la fièvre le soir avec rémission le matin. La peau du crâne est enflée et on y sent une sorte d'empâtement; en même temps du pus s'échappe de dessous l'épiderme. L'enfant crie au moindre mouvement de la tête. Pas de sensibilité du ventre; trois selles par jour, d'un vert foncé, plus consistantes et très fétides. Pouls à 110, plus large. On pratique trois incisions parallèles dans la peau du crâne et il s'en échappe une grande quantité de pus infiltré. *Donner 4 grammes d'huile de foie de morue trois fois par jour. Bouillon de poule. Continuer le vin.* A partir de ce moment un mieux sensible s'établit et, le 18, les accès fébriles cessent de revenir. Cependant de nombreux sinus ou excavations purulentes sillonnent le cuir chevelu, jusqu'à l'occiput et au cou; mais grâce à des pansements bien faits et à des lotions au sulfate de cuivre, ces sinus se ferment bientôt. Malgré une légère bronchite survenue le 23, l'appétit ne tarde pas à devenir excellent et les forces à se rétablir. Les incisions faites dans le cuir chevelu sont parfaitement cicatrisées le 1er *décembre*, et le 11, on rend l'enfant à sa famille; seul, l'abcès du cou continue à donner un peu de matière.

(1) Recueillie par M. W. M. Calder, élève du service.

Commentaire. — La fièvre, chez cet enfant, affectait un type rémittent complet; les accès étant très marqués le soir et la rémission bien accentuée le matin. Elle débuta par des symptômes intestinaux auxquels succédèrent des phénomènes cérébraux. Etait-ce donc une affection gastro-entérique ou une méningite cérébrale, en d'autres termes, était-ce une fièvre rémittente ou une hydrocéphalie aiguë? Sans aucun doute ces deux affections sont nettement distinctes, mais si je devais vous dire à quoi on peut les différencier à leur début, chez les enfants, je serais fort embarrassé. C'est en effet une des questions les plus difficiles de toute la médecine. Pour ma part, je suis d'avis que ce diagnostic différentiel ne peut être sûrement fait qu'à une période assez avancée, lorsque les symptômes cérébraux ont pris une prédominance non équivoque. Dans vos ouvrages classiques, sans doute, vous trouverez cette distinction établie avec une clarté et dans un ordre merveilleux; seulement, lorsque vous vous trouverez au lit des malades avec ces notions, vous serez dans la plupart des cas grandement désappointés.

Si, dans le cas actuel, nous considérons les symptômes en particulier, nous verrons qu'ils tiennent du caractère des deux affections, du moins si nous faisons abstraction de l'anatomie pathologique. La fièvre rémittente est cependant liée à de l'irritation dans les organes digestifs, tandis que l'autre consiste dans une congestion ou une inflammation des méninges. Ces deux ordres de lésions peuvent d'ailleurs se trouver réunis dans certains cas et donner ainsi lieu à des combinaisons pathologiques très diverses et embarrassantes.

La fièvre rémittente et l'hydrocéphalie des auteurs ne sauraient donc être toujours distinguées l'une de l'autre; on les trouve d'ailleurs très souvent réunies. C'était le cas chez l'enfant Scott, dont la maladie commença par des symptômes de dérangement intestinal accompagnés de fièvre à type rémittent et s'est compliquée, à une période plus avancée, de congestion cérébrale à caractère asthénique; en un mot de la maladie hydrocéphaloïde de Marshall Hall.

Le traitement institué conformément à cette manière de voir a consisté en petites quantités de vin, une alimentation substantielle, des vésicatoires sur le crâne et, plus tard, de l'huile de foie de morue. Plusieurs d'entre vous s'étaient prononcés pour une hydrocéphalie et quelques-uns auraient voulu donner du calomel. Pour ce qui est du diagnostic d'hydrocéphalie, il conviendrait de spécifier ce que l'on veut désigner sous ce nom. Si on le fait synonyme de méningite, nous soutenons qu'il n'y avait pas hydrocéphalie; mais si l'on entend par là certains symptômes cérébraux indépendants d'une lésion particulière, cette appellation peut être acceptée. Des symptômes de cette nature proviendraient cependant tout aussi bien d'une cause dépressive, que d'un surcroît d'excitation; et c'était bien le cas pour notre malade, puisque cette affection s'est développée à la suite d'une diarrhée prolongée avec accompagnement de fièvre.

Pour ce qui est des mercuriaux, je n'hésite pas à dire que si nous

avions voulu suivre les errements que trop de médecins considèrent encore comme des préceptes pratiques, notre malade aurait succombé infailliblement. On a écrit que le calomel est l'ancre de salut du praticien dans l'hydrocéphalie. Pour moi, je n'en ai jamais observé aucun avantage dans les cas de méningite cérébrale ; j'ajouterai que, dans l'immense majorité des cas, ce médicament est si peu certain que je proclamerais volontiers que les sujets qui guérissent n'étaient point atteints d'une inflammation véritable. Chez cette petite fille, malgré le délire, le coma, les cris, l'agitation des mains sans cesse portées à la tête, malgré le strabisme, l'insensibilité et la contraction des pupilles, — tous signes principaux d'hydrocéphalie, — le traitement a réussi à dompter le mal, grâce à l'alimentation et à l'emploi des stimulants. Remarquez bien que je ne vous promets pas de réussir toujours de la sorte, mais toutes les fois que de tels symptômes surviennent à la suite d'une diarrhée de quelque durée et s'accompagnent de fièvre rémittente, j'ai la conviction que vous ferez toujours mieux de vous en rapporter aux moyens que nous avons employés pour venir en aide à la nature, que de croire à l'efficacité de convention que l'on accorde arbitrairement au mercure.

FIÈVRE INTERMITTENTE.

Obs. CCLVIII (1). — *Fièvre intermittente tierce guérie par la quinine.*

Commémoratif. — John Kelly, ouvrier, admis dans la salle clinique le 20 octobre 1851, avait toujours joui d'une bonne santé, lorsqu'il y a trois mois, il fut atteint de fièvre intermittente dans le Lincolnshire, où il était allé faire la moisson. Dans le principe, les accès de fièvre revenaient tous les jours, mais au bout de trois semaines ils reparurent seulement de jour à autre, également durant trois semaines. Il vint alors à Morpeth et la fièvre le quitta quinze jours ; mais en partant de cet endroit, il fut exposé au froid et à l'humidité ; les accès reparurent et ils ont continué jusqu'à présent.

Marche de la maladie. — Le lendemain de son entrée à l'hôpital, le malade eut un fort accès de fièvre. La période de froid dura quinze minutes, les stades de chaud et de transpiration persistèrent trois quarts d'heure, et le tout se termina par de la langueur et de l'abattement. On prescrivit alors *trente centigrammes de sulfate de quinine trois fois par jour, et une dose treize décigrammes* deux heures avant le retour présumé du prochain accès. Deux nouveaux paroxysmes revinrent encore le 24 et le 26 ; mais le dernier fut très faible. Le 28, la fièvre disparut et on suspendit la quinine. Congédié le 5 novembre.

Commentaire. — La cause de la fièvre intermittente est passablement connue aujourd'hui. On observe cette maladie dans toutes les localités où le sol est bas, humide et marécageux, surtout s'il est formé par des terrains d'alluvion, et particulièrement aussi dans le voisinage des grandes forêts. Il ne faut pas croire, cependant, que les endroits marécageux ou dont le sol est formé par des alluvions soient les seuls où la fièvre inter-

(1) Recueillie par M. W. M. Calder, élève du service.

mittente existe, car dans l'Inde, on l'observe souvent dans les districts élevés, à une altitude considérable; on lui a même donné le nom de fièvre des montagnes (hill-fever). Nous dirons donc, avec Fergusson, que la cause de la fièvre intermittente réside dans un état de l'atmosphère infectée par des émanations terrestres soulevées plutôt par les rayons solaires que par les courants d'air. La fréquence de cette affection durant l'automne milite en faveur de cette théorie. L'occurence ou l'absence de la fièvre intermittente dans des districts particuliers, selon que les conditions dont il vient d'être parlé existent ou ne se sont pas produites, vient encore confirmer notre opinion. Ainsi, la fièvre intermittente n'est pas commune à Paris; pourtant en 1838, j'en ai vu un grand nombre de cas dans les salles de Piorry, à l'hôpital de La Pitié. Les individus atteints étaient des ouvriers qui avaient travaillé au chemin de fer de St-Germain près Paris, où, sur une certaine partie de la ligne, le sol est bas et marécageux. Presque tous ces hommes arrivaient à La Pitié pour se faire traiter par Piorry, qui les guérissait promptement à l'aide de fortes doses de quinine, ce qui naturellement lui avait fait une réputation parmi ces hommes. Cependant la fièvre intermittente n'était pas plus fréquente qu'à l'ordinaire dans Paris même. Il existe bien des localités où les fièvres étaient autrefois très communes et où elles sont devenues très rares de nos jours, grâce au drainage et à certains travaux qui ont asséché le sol ou fait couler les eaux stagnantes. C'est ainsi que la fièvre était jadis très fréquente dans le voisinage de la Tour de Londres, et on l'y connaît à peine depuis qu'on en a mis le fossé à sec. J'ai ouï dire bien des fois, qu'à Edimbourg, dans le temps où la ville ancienne était séparée de la nouvelle par une sorte de lac marécageux, (Nor Loch) la fièvre intermittente était fort commune. Aujourd'hui, nous l'y rencontrons rarement, excepté chez des individus qui ont été la contracter ailleurs.

La nature de la fièvre intermittente nous est totalement inconnue; toutefois, il est à présumer que la contamination particulière de l'air atmosphérique dont nous venons de parler provoque une certaine modification dans la crase du sang, d'où dépend essentiellement la fièvre ; mais quant à indiquer la nature de cette modification, ou comment elle détermine des effets intermittents et non continus, se montrant selon les individus sous forme d'accès quotidiens, tierces, quartes, etc., nous n'en avons aucune notion. Je n'oserais même dire qu'on ait fait faire un grand pas à la pathologie de cette affection en cherchant à la rattacher à une altération de la rate. Sans doute, cet organe est fréquemment congestionné chez les personnes atteintes de fièvre intermittente; souvent même il devient le siége d'hypertrophie et d'induration. Mais nous avons noté précédemment des altérations de structure analogues dans le cours des fièvres continues (t. II, p. 614). Piorry prétend que la première manifestation consiste dans un état congestif de la rate dont la fièvre est le résultat. Il est facile de s'assurer à l'aide de la percussion, dit-il, que le volume de la rate est toujours accru dans ces cas; il y a plus, il aurait

constaté que l'amendement général serait corrélatif avec une réduction de volume de cet organe. A l'appui de cette manière de voir, il cite un grand nombre de faits, un entre autres où il est question d'un individu renversé dans la rue par un brancard de voiture qui le frappa en pleine région de la rate; la fièvre consécutive à ce coup eut un caractère intermittent des mieux accusés. Il y a là peut être une simple coïncidence. J'ai recherché maintes fois s'il existait une corrélation régulière entre le volume de la rate et l'intensité de la fièvre, comme le suppose Piorry : je suis loin de l'avoir trouvée dans tous les cas. Nous avons vu d'ailleurs jusqu'à quel point, dans la leucocythémie, la rate peut avoir augmenté de volume, et cela sans la moindre apparence de fièvre intermittente. D'ailleurs, sans nier la concomittance fréquente de l'altération de la rate avec les fièvres paludéennes, rien ne nous dit que cette lésion soit une cause ou un effet, rien ne nous indique non plus pourquoi dans tel cas elle coïncide avec une fièvre intermittente et dans tel autre avec une fièvre continue.

Le traitement que l'expérience nous a montré comme le plus efficace est l'administration interne de la quinine, et je suis d'avis que des doses assez fortes données en une ou plusieurs fois sont plus actives que de petites doses fréquemment répétées. J'ai l'habitude d'en donner trente centigrammes trois fois par jour et un gramme vingt-cinq centigrammes deux heures avant le moment présumé de l'accès; je n'ai pas encore vu un cas qui ait résisté à ce traitement. D'ailleurs, il serait permis, au besoin, d'employer des doses beaucoup plus fortes. Ainsi j'ai vu Piorry donner deux grammes et demi en une fois et couper les fièvres récentes en même temps que réduire l'engorgement de la rate. Les résultats ne sont guère moins prompts ni moins avantageux quand on emploie les doses moyennes telles que je les préconise. La quinine à trop fortes doses produit des effets fort pénibles tels que: céphalalgie, vertiges, tintement d'oreilles, surdité et d'autres symptômes pouvant devenir dangereux s'il existait en même temps une complication cérébrale. En 1838, lorsque tant de malades affluaient à La Pitié, atteints de fièvre intermittente, un de ces hommes, traité par de larges doses de sulfate de quinine, fut pris de symptômes cérébraux attribués au médicament. Il mourut et, à l'autopsie, on trouva une méningite aiguë avec exsudation de lymphe sur les membranes.

Il y a quelques années, le Dr Douglas Maclagan préconisa le sulfate de berbérine comme succédané du sulfate de quinine et j'en obtins de très bons effets dans un grand nombre de cas. Cependant, depuis lors, je dois avouer n'avoir plus aussi bien réussi, soit que la préparation du sel laisse à désirer, ou pour toute autre cause que j'ignore. La salicine est aussi un médicament très efficace contre la fièvre intermittente et j'en ai vu de très bons effets en 1838, à La Pitié; mais il faut l'employer à doses doubles de celles de la quinine. Dans certains cas chroniques contre lesquels la quinine échoue, l'arsenic réussit très souvent. J'ai vu bien des fois aussi, dans le sud-ouest de l'Angleterre, guérir la fièvre intermittente en

faisant avaler au malade 1 gr. 50 de poivre de Cayenne en suspension dans de l'eau. Au reste, une foule de moyens guérissent les fièvres intermittentes, mais il n'en est aucun de comparable, pour l'efficacité, à la quinine.

FIÈVRES ÉRUPTIVES.

Un certain nombre de maladies caractérisées à la fois par de la fièvre et une éruption cutanée se rangent assez naturellement dans une catégorie à part qu'on peut appeler éruptions fébriles, ou mieux fièvres éruptives. Ce sont : la scarlatine, l'érysipèle, la variole, la rougeole et la suette miliaire. Diverses autres éruptions cutanées peuvent également s'accompagner de fièvre, comme l'herpès, la roséole, etc., mais un caractère les sépare des précédentes; elles ne sont ni contagieuses ni infectieuses. La peste et la morve sont pourtant des fièvres éruptives et doivent être acceptées dans cet ordre, car, comme les autres, elles obéissent à certaines lois que nous allons énumérer brièvement :

1. Ces fièvres sont infectieuses et contagieuses. Par infection, il faut entendre la faculté de transmission par l'intermédiaire de l'air infecté par la respiration et la perspiration cutanée des sujets malades. Par contagion, on entend la transmission de la maladie par le contact immédiat.

2. On pense généralement, aujourd'hui, que la cause de ces affections réside dans un poison morbide dont la moindre parcelle, venant à pénétrer dans le sang, produit dans ce liquide une modification comparable à celle de la fermentation. Afin de distinguer cette transformation dans les fluides animaux de celle qui se produit dans les liquides d'origine végétale, Farr l'a désignée sous le nom de *Zymose*, et les maladies ainsi produites sous la qualification de *zymotiques* (de ζυμόω je fermente).

3. Quelques uns de ces poisons tenus à l'abri de l'air ou desséchés ont la propriété de conserver leur aptitude à se transmettre pendant un temps plus ou moins long. On a même utilisé cette propriété pour conserver la matière virulente d'une de ces affections afin de faire des inoculations artificielles. On a remarqué également que ces miasmes sont susceptibles de s'attacher à certains corps comme la laine, le coton, les vêtements, la poussière même, etc. C'est sur cette théorie que sont fondées les quarantaines et les règles qu'elles comportent, règles qui, disons-le en passant, auraient toutes bien besoin d'être de nouveau soumises au contrôle d'une expérience sérieuse et scientifique.

4. Tous les poisons animaux se distinguent par des particularités dans leur mode d'incubation et de développement. C'est ainsi qu'un laps de temps variable s'écoule entre le moment où le virus a pénétré dans l'organisme et sa manifestation par la fièvre ou par un premier frisson; le virus est alors à l'état latent, et la durée de cet état varie suivant l'espèce de fièvre, comme suit :

	Durée de l'incubation.	Intervalle entre le frisson et la poussée éruptive.
Scarlatine	4 à 8 jours	18 à 24 heures.
Erysipèle	4 à 7 jours	24 à 60 heures.
Variole	8 à 14 jours	48 heures.
Rougeole	7 à 8 jours	72 heures.

5. Toutes les fièvres éruptives proprement dites affectent une marche déterminée qu'il est impossible d'arrêter. Il en résulte une conséquence pratique importante :

6. Le traitement des éruptions fébriles a simplement pour objet de les conduire à une terminaison favorable. Pour cela, il conviendra de suivre les règles générales indiquées plus haut en parlant des fièvres continues. Les mêmes indications existent notamment à l'égard de l'emploi des préparations salines, des laxatifs, des applications froides sur la tête, de l'usage du vin, des stimulants et du régime à suivre. Je ne répéterai donc point ce qui a été dit déjà; je me bornerai simplement à vous exposer le traitement spécial suivi dans quelques cas que nous avons observés ensemble dans les salles.

SCARLATINE.

Obs. CCLIX (1).

Mary Clark, 17 ans, servante, fut admise à l'Infirmerie le 20 décembre 1851. Dans l'après-midi du 17 elle fut prise de mal de gorge, puis de frissons dans la soirée, suivis de douleur dans la tête et dans le dos, enfin des autres symptômes fébriles. La nuit dernière des taches rouges sont apparues sur la poitrine et sur le bras, ces taches ont la couleur rouge-brune, propre à la scarlatine et disparaissent sous la pression. Pouls à 126, faible; rougeur et congestion du pharynx, des amygdales et de l'isthme du gosier; soif vive; anorexie; langue humide, chargée d'un enduit blanc au centre, à travers lequel les papilles font de petites saillies rouges; constipation; urines ayant une densité de 1030 et ne contenant pas d'albumine; il s'y forme un dépôt dans lequel on reconnaît des squames épithéliales et des cristaux de phosphate tribasique. Prescr : *Teinture de jusquiame, 2 grammes. Acétate d'ammoniaque liquide et eau pure, de chaque 90 grammes. M. En prendre 30 grammes toutes les trois heures.* — *22 décembre.* L'éruption a disparu sur les bras, mais elle est encore visible sur la poitrine. Pouls à 85, mou; moins de douleur dans la gorge, quoiqu'on y observe encore une forte congestion. — *24 décembre.* Convalescence. Sortie le 27.

Obs. CCLX (2).

Isabella Husketh, 22 ans, femme de mauvaises mœurs et, de plus, adonnée à l'ivrognerie, fut apportée à l'Infirmerie le 19 décembre 1851, dans un état de délire violent. Il paraît qu'elle avait éprouvé, le 14, des frissons, de la constipation et des symptômes de catarrhe avec fièvre générale. Le lendemain, une éruption se montra sur tout le corps. Au moment de son arrivée, elle délire et

(1) Recueillie par M. W. H. Broabent, élève du service.
(2) Recueillie par M. J. L. Brown, élève du service.

s'agite à tel point qu'on doit la lier sur son lit. Les yeux sont injectés et très sensibles à la lumière. Pouls à 120; langue très sèche, d'un rouge vif sur les bords, avec des saillies papillaires rouges tranchant fortement sur un enduit blanchâtre au centre ; dents fuligineuses ; mal de gorge intense, rendant la déglutition très pénible. Ganglions sousmaxillaires sensibles à la pression mais non engorgés; nul désir pour des aliments, mais soif ardente ; constipation ; chaleur mordicante à la peau ;
1° éruption exanthémateuse écarlate sur les bras et sur la poitrine. *Appliquer six sangsues à la gorge. Potion saline.* — 20 *décembre.* Persistance du délire, pouls à 120; gorge moins douloureuse. *Le soir*, délire violent. *Six sangsues aux tempes. Une dose de la solution de morphine et un peu de vin.* — 21 *décembre.* La malade a dormi la nuit et la connaissance commence à revenir. Langue sèche, d'un rouge écarlate; éruption beaucoup moins vive; mal de gorge encore intense. *Mettre un vésicatoire sur la gorge.* Le 23, l'éruption a complétement disparu ; néanmoins l'angine a fait des progrès. Dans la soirée du 26 la respiration commence à devenir plus courte et précipitée; le lendemain 27 la malade expire.

Commentaire. — La première observation nous montre une scarlatine bénigne, suivant son cours ordinaire et se terminant par la convalescence au septième jour, La seconde observation offre un exemple d'une scarlatine grave, chez une femme adonnée à l'intempérance, avec accompagnement des symptômes du typhus, une angine très violente et se terminant par la mort au treizième jour. De toutes les fièvres éruptives, la scarlatine est la plus rapide dans son invasion et la plus variable dans sa marche. Le praticien se tiendra donc toujours sur ses gardes, spécialement lorsqu'une crise semblera imminente, afin de se trouver à même de parer à tout événement, s'il survient une prostration rapide ou des complications inattendues. La scarlatine est encore la plus infectieuse de toutes les fièvres éruptives; on ne saurait donc trop se hâter de séparer les malades des autres personnes de la famille qui n'en ont pas encore été atteintes.

Une particularité essentielle de la scarlatine c'est, indépendamment de l'éruption caractéristique, l'inflammation des muqueuses de la bouche, de l'arrière gorge et des amygdales. Il en résulte de la difficulté dans la déglutition et des symptômes assez pénibles pour exiger l'emploi de moyens locaux tels que : fomentations, gargarismes acides et légèrement astringents, etc. Si des ulcérations se produisent, il faut les toucher avec des acides plus forts, et mieux avec une solution de nitrate d'argent. La gêne de la déglutition est souvent un obstacle à l'introduction des aliments dans l'estomac, et contribue ainsi à augmenter la prostration, ou même empêche de la combattre quand le moment est venu de donner des stimulants. L'angine, dans les cas graves, peut même aller jusqu'à gêner la respiration et produire l'asphyxie. Toutefois, lorsque la mort arrive durant la première période de la scarlatine, elle est presque toujours, comme dans le typhus, la conséquence d'une congestion du cerveau se traduisant par du délire, puis par du coma et enfin par une prostration générale de l'économie. Outre les complications du côté de la gorge, il peut en survenir qui requièrent également des soins spéciaux selon les cas.

En règle générale, le traitement aura pour but, de combattre d'abord la fièvre excessive et plus tard de soutenir les forces du patient.

Un grand nombre de médecins ont fait des tentatives en vue d'arrêter ou de modifier l'intensité de la maladie à l'aide de certains médicaments ou de divers modes de traitement. C'est surtout à l'occasion d'épidémies qui ont sévi dans des institutions de jeunes gens, que des médecins ayant été heureux dans leur pratique, se sont flattés d'avoir découvert des méthodes de traitement supérieures à toutes les autres. Je ne vous entretiendrai cependant d'aucune de ces méthodes; leur réussite n'a jamais été qu'accidentelle et, introduites dans la pratique générale, aucune d'elles ne s'est réellement montrée supérieure aux autres. Rappelez-vous que les causes de la scarlatine sont aussi inconnues ou mystérieuses que celles des autres sortes de fièvres; la gravité des cas dépend de la constitution des individus, de l'insalubrité des lieux et surtout, comme on dit, du type particulier de l'épidémie. Rien ne serait donc plus difficile que de décider si les résultats favorables obtenus dans des circonstances données doivent être attribués à telle ou telle méthode. Quoi qu'il en soit, je suis encore à me demander quelles règles générales de pratique, empiriques ou rationnelles, pourraient être déduites des résultats contradictoires qui ont été publiés sur ce sujet. Le Dr Andrew Wood qui, en sa qualité de médecin d'Heriot's Hospital et de plusieurs autres établissements d'instruction de cette ville, s'est acquis une grande expérience dans cette matière, recommande le traitement suivant : plusieurs cruchons remplis d'eau aussi chaude que possible sont introduits dans de longs bas mouillés, ou dans des sacs de flanelle étroits; on les place de chaque côté du malade mais sans qu'ils touchent à la peau; en général, on en met un de chaque côté et un entre les jambes, mais on peut en mettre davantage si on le juge nécessaire. Le malade est étendu entre deux couvertures de laine. Au bout de dix minutes ou tout au plus d'une demi heure, une transpiration abondante se déclare et on peut enlever les cruchons. Dans les cas légers, cette sudation est aisément entretenue en donnant à boire fréquemment de petites quantités d'eau froide; au besoin, on administrerait de l'esprit de Mindererus à la dose de huit grammes toutes les deux heures. Dans les cas graves, lorsque le pouls est très rapide, que les pulsations, comme cela arrive parfois, se confondent, quand l'éruption est généralisée et d'une nuance violette-foncée, lorsqu'elle est partielle ou même qu'elle n'existe pas, s'il y a du refroidissement, s'il existe des nausées ou de la tendance à la diarrhée, si la gorge est le siége d'aphtes ou d'ulcérations, si les glandes du cou sont gonflées, le Dr Wood donne, à la suite du bain de vapeur, du carbonate d'ammoniaque à la dose de vingt-cinq à trente centigrammes toutes les trois ou quatre heures. Au cas où le médicament serait rendu, il y aurait lieu de donner de l'eau-de-vie en quantité proportionnelle à l'âge du patient. Les avantages attribués à l'emploi du carbonate d'ammoniaque sont : 1° d'entretenir l'énergie vitale; 2° de favoriser le développement de l'éruption; 3° enfin d'activer les fonctions de la peau et des reins. Lorsqu'on a recours aux bains de vapeur tout au début de la maladie et après en avoir fait usage à deux ou trois reprises, chaque jour,

suivant les circonstances, le plus souvent le mal de gorge n'acquiert pas beaucoup d'intensité. Pour ce qui est de l'hydropisie consécutive, le Dr Wood pense qu'elle est elle-même beaucoup plus rare lorsqu'on a eu recours aux bains de vapeur, à la condition, toutefois, que le malade prenne les précautions nécessaires contre le refroidissement, qu'il évite les écarts de régime, etc. Lors même que l'hydropisie s'est déclarée, le Dr Wood recommande encore les bains de vapeur comme très utiles; bien plus, il borne souvent à cela tout son traitement. Il réprouve tous les moyens déplétifs et même les purgatifs durant les dix premiers jours; il les regarde comme inutiles, voire même comme positivement dangereux, attendu qu'ils mettent obstacle au développement de l'éruption. Par contre, il déclare avoir eu souvent à se louer des purgations vers le déclin de la maladie et lorsque l'hydropisie s'est déclarée. Peu de temps après que le Dr Wood eut proposé cette médication dans une des séances de la Société médico-chirurgicale d'Edimbourg, je l'essayai dans le cas suivant :

Obs. CCLXI (1).

Margaret Walsh, 18 ans, servante, entrée à l'Infirmerie le 2 juillet 1852, jouissait d'une bonne santé lorsque, le 29 juin, elle fut prise de frissons suivis de symptômes fébriles et de mal de gorge. Elle se rappelle avoir été dans une maison où plusieurs personnes étaient atteintes de la scarlatine. Dans la soirée du 30, une éruption d'un rouge vif se montra. Au moment de l'entrée elle est surtout caractérisée sur la poitrine et sur les bras. La peau est chaude, le pouls à 132, plein et dur. Langue chargée d'un enduit blanc et émaillée de nombreuses papilles rouges; grande gêne de la déglutition; rougeur avec gonflement des amygdales et de la muqueuse du pharynx. Céphalalgie; légère surdité; agitation la nuit. Respiration normale; urine naturelle; menstruation régulière. L'interne prescrivit *huit sangsues aux tempes, une potion stibiée et* 0,50 *centigrammes de poudre de Dover*. Le lendemain, 3 juillet, à la visite, la malade est à peu près dans le même état, la peau reste chaude et sèche, et l'éruption est très-vive sur la poitrine et sur les bras. *Appliquer des cruchons d'eau chaude, introduits dans des bas mouillés suivant le procédé du Dr Wood.* — *4 juillet.* Une légère transpiration a suivi l'emploi du bain de vapeur. Aujourd'hui l'éruption a en partie disparu sur les bras, mais elle persiste sur la poitrine et s'étend aux jambes. Pouls à 130, petit; urine ne contenant pas d'albumine. *Gargarisme astringent. Nouveau bain de vapeur.* — *5 juillet.* Une transpiration abondante s'est déclarée à la suite du bain de vapeur. L'éruption a complétement disparu. Le moindre contact produit sur la peau une impression douloureuse; les mouvements des articulations sont très-pénibles. — *9 juillet.* La malade est toujours à peu près au même point, seulement l'appétit reparaît et elle a déjeuné avec plaisir; on constate du gonflement aux articulations et les mouvements sont très douloureux. Commencement de desquamation; ulcérations à la gorge que l'on touche avec une faible solution d'acide nitrique; pouls à 84, mou. 120 *grammes de vin.* — *26 juillet.* La malade a repris des forces graduellement mais elle est loin d'être guérie. Les urines ont encore été examinées avec soin aujourd'hui : jamais elles ne se sont coagulées sous l'influence de la chaleur ni de l'acide nitrique. On découvre pour la première fois aujourd'hui un bruit de souffle au cœur, intense surtout à la base, accompagnant le premier temps et se pro-

(1) Recueillie par M. J. R. Williams, élève du service.

pageant le long des vaisseaux du cou. Pouls à 76, modérément fort. — 4 *août*. La malade est sortie un peu aujourd'hui ; le soir, ses pieds commencent à s'enfler. — 6 *août*. Le gonflement des pieds augmente ; on prescrit *une pilule de scille et digitale trois fois par jour*. — 9 *août*. L'œdème des pieds persiste. L'urine est naturelle. *Saignée de 250 grammes*. — 11 *août*. L'œdème des pieds a disparu. Ce matin il est survenu des frissons. On prescrit *un vomitif*. — 12 *août*. Ce matin on constate de la fièvre, de la chaleur à la peau et une soif vive. Pouls à 128, fort. On prescrit *une potion saline*. — 17 *août*. Continuation des symptômes fébriles, avec sensibilité exagérée à l'épigastre où l'on ordonne une *application de huit sangsues*. Matité cardiaque exagérée. Aucun bruit de friction mais toujours le bruit de souffle à la base du cœur dont il a été question plus haut. Respiration un peu embarrassée. — 20 *août*. Respiration normale. Disparition de la sensibilité à l'épigastre. Pouls à 100, régulier et dépressible. L'urine, examinée tous les jours, n'a jamais présenté d'albumine. Aujourd'hui, cependant, il s'est formé un dépôt au fond du vase, et l'on y distingue au microscope un certain nombre de cylindres moulés dans les tubules urinifères. — 7 *septembre*. Les symptômes ont graduellement disparu et la malade est en pleine convalescence. Le bruit de souffle à la base du cœur persiste toujours, mais il n'est plus aussi fort et la matité cardiaque a repris son étendue normale. Congédiée.

Commentaire. — Il faut convenir que nous n'avons guère été heureux dans le premier essai du traitement préconisé par le Dr Wood. L'affection, loin d'être plus courte et plus bénigne, s'est prolongée bien au-delà de son terme ordinaire et a été suivie de rhumatisme, d'hydropisie des membres inférieurs et d'un épanchement dans le péricarde. Les symptômes fébriles se sont terminés seulement au cinquante-deuxième jour, par un dépôt critique dans les urines. Cette jeune fille nous est arrivée dans le mois de juin, et nous est restée jusqu'au 7 septembre avant d'être suffisamment rétablie pour quitter l'Infirmerie. Pourtant, elle avait toujours eu une santé excellente et rien, dans le début de sa maladie, n'en aurait fait prévoir la longueur, ni les suites, ni la gravité.

Nonobstant ce premier échec, je voulus encore essayer la méthode sur quatre ou cinq autres malades atteints de scarlatine, et chez tous, j'eus un insuccès éclatant. Je dus finir par conclure que la chaleur, l'humidité et le refroidissement auquel il est presque impossible que de jeunes sujets, surtout des servantes ou de jeunes femmes ne s'exposent pas, même à l'Infirmerie, tendent à donner le rhumatisme. Cette réflexion me fit adopter un mode de traitement tout opposé ; je recommandai donc de maintenir la sécheresse et de donner de la fraîcheur à la peau, et je n'ai jamais eu qu'à me louer des effets obtenus. Un certain nombre de cas très graves qui se sont présentés à l'Infirmerie durant les mois d'hiver et d'été de 1856-57 furent traités de cette manière, et cela avec les résultats les plus encourageants. Voici plusieurs de ces observations.

Obs. CCLXII (1)

Thomas Corrigan, ouvrier, âgé de 19 ans, est entré à l'Infirmerie le 19 septembre 1856. Il a débuté par éprouver du mal de gorge dans la soirée du 16, et le 18, il eut

(1) Recueillie par M. H. Maclaurin, élève du service.

des frissons avec des symptômes fébriles. C'est aujourd'hui seulement que l'éruption s'est montrée ; de larges plaques d'un rouge sombre recouvrent la face, le cou, les bras, les hanches et les cuisses. Les deux côtés du cou sont fortement enflés. La bouche s'ouvre avec difficulté et on entrevoit les amygdales fortement gonflées et ulcérées. Le dos de la langue est également gonflé et recouvert d'une croûte épaisse, la partie antérieure est rouge et sèche. Pouls à 116, plein et rebondissant. 27 respirations en une minute. Déglutition difficile ; sécheresse et chaleur mordicante à la peau. Urine trouble, d'une nuance rouge-brune, ne se coagulant point par la chaleur ; on y constate très peu de chlorures. Les autres organes n'offrent rien à noter. *Faire des fomentations chaudes sur le cou et faire respirer de la vapeur d'eau chaude à l'aide d'un inhalateur.* Pr. : *Vin d'antimoine*, 15 *grammes. Acetate d'ammoniaque liquide*, 30 *grammes. Eau* 140 *grammes. M. En prendre* 15 *grammes toutes les quatre heures.* — 20 *septembre.* A part un peu de délire, les symptômes sont restés les mêmes. *Cesser les fomentations ainsi que les inhalations de vapeur d'eau et la potion.* Pr. : *Acide sulfurique dilué*, 8 *grammes. Sirop*, 30 *grammes. Infusion de roses*, 200 *grammes. M. En prendre* 30 *grammes toutes les quatre heures.* — 21 *septembre.* Délire violent toute la nuit. Ce matin, pouls à 76, plein et fort. Déglutition et respiration un peu moins embarrassées. Pr. : *Vin de colchique*, 8 *grammes. Ether nitrique alcoolisé*, 12 *grammes. Eau*, 150 *grammes. M. En prendre* 15 *grammes toutes les quatre heures.* — 22 *septembre.* Les urines sont redevenues claires, les chlorures y sont plus abondants et elles ne contiennent pas d'albumine. Pouls à 60, moins large. Langue encore sèche. L'éruption a totalement disparu. — 23 *septembre.* Urine naturelle. Commencement de desquamation. Beaucoup moins de gonflement aux amygdales, et moins de douleur à la gorge. A partir de ce moment le malade se rétablit rapidement et se trouve en état d'être congédié le 9 octobre.

Obs. CCLXIII (1).

Eliza Campbell, âgée de 24 ans, mariée, de constitution faible, est entrée à l'Infirmerie le 16 décembre 1856 ; son plus jeune enfant est convalescent d'une fièvre scarlatine. Le 12, elle avait éprouvé de la lassitude et un malaise général. Le 15, elle eut des frissons suivis de symptômes fébriles et de douleurs dans le dos. Dans la matinée du 16, une éruption se montra sur la poitrine, puis successivement parmi tout le corps. Le 18, son mari s'aperçut qu'elle délirait et le lendemain il la fit transporter à l'Infirmerie. A son arrivée on constate une éruption écarlate, uniforme sur le dos, sur l'abdomen et sur les bras. Les jambes sont le siége de taches nombreuses de purpura ; il s'en trouve même quelques unes sur les cuisses. Chaleur et sécheresse à la peau. Bouche sèche ; langue brune fendillée au centre. Les machoires s'écartent avec difficulté et laissent entrevoir la luette et l'isthme du gosier d'un rouge écarlate, toutefois sans gonflement des amygdales. Constipation. Pouls à 108, petit et faible. La malade conserve sa connaissance ; seulement ses idées sont un peu confuses et elle est très-agitée. Rien à noter du côté des autres organes. On prescrit 90 *grammes de vin de Xérès et* 120 *grammes de jus de citron à prendre dans la journée. Beef-tea fort. Lavement à l'eau chaude pour dégager les entrailles.* — 20 *décembre.* Délire violent la nuit. Pouls à 160 au moment de la visite. *Raser la tête et faire des applications d'eau froide.* — 21 *décembre.* La malade a dormi plusieurs heures cette nuit et elle se trouve mieux ce matin. Pouls à 110. L'éruption pâlit. L'urine est foncée, trouble, et présente un abondant dépot d'urate. *Donner* 8 *grammes d'éther nitrique alcoolisé toutes les deux heures. Continuer le vin et ajouter* 60 *grammes d'eau-de-vie.* — 22 *décembre.* L'érup-

(1) Recueillie par M. H. Maclaurin, élève du service.

tion a presque disparu ; les taches de purpura diminuent et la desquamation commence. La bouche est encore sèche et la langue fendillée. La déglutition est plus facile. *Continuer l'alimentation et l'éther nitrique.* La malade entre en convalescence ; toutefois, il reste encore quelques traces d'éruption sur certaines régions, tandis qu'ailleurs la desquamation est déjà très-avancée. Le 29, l'épiderme des mains se détache pour ainsi dire en entier. Cependant la faiblesse persiste, ce qui oblige à garder cette personne dans la salle jusqu'au 24 janvier.

Commentaire. — La première de ces deux malades nous a présenté une angine violente avec fièvre intense et du délire ; néanmoins, la maladie a suivi son cours naturel ; une crise s'est déclarée le septième jour et la convalescence s'est établie rapidement sans être interrompue. La seconde observation nous montre une femme de constitution faible, mal nourrie, chez qui la scarlatine s'accompagne de purpura, de symptômes cérébraux graves mais sans angine. Des aliments substantiels et des stimulants furent administrés dès le début ; des diurétiques furent donnés pour favoriser l'élimination. Aucune suite facheuse n'est venue interrompre la convalescence ; seulement, à raison de la faiblesse antérieure, le rétablissement complet se fit attendre assez longtemps.

Il est d'observation que dans la scarlatine, spécialement lorsqu'il survient de l'hydropisie, l'urine devient fréquemment albumineuse. Le Dr James W. Begbie, après avoir essayé les urines d'un grand nombre de malades, déclare que c'est là une règle générale. Cependant, j'ai essayé également les urines d'un certain nombre de malades sans y trouver de l'albumine. La présence passagère de cette dernière dans ce liquide, de même que les dépôts divers qui apparaissent aux jours critiques, doit être regardée comme la preuve de l'excrétion des produits morbides qui ont circulé dans le sang. Ces phénomènes sont d'ailleurs communs, non seulement dans la scarlatine, mais dans toutes les affections inflammatoires et fébriles. L'attention que vous me voyez apporter à surveiller l'apparition de ces symptômes, lorsque j'attends la résolution d'une inflammation ou la disparition de la fièvre, vous montre l'importance que j'attache à ces phénomènes critiques (Voir t. I, p. 230). Il arrive parfois, cependant, que l'évacuation critique est comparativement légère, et que les éléments organiques ne sont pas dissous de manière à être transformés en albumine liquide ; l'observation suivante nous en fournira un exemple. En effet, quoique les urines présentassent des produits critiques sous la forme de cellules et de cylindres urinifères, la chaleur et l'acide nitrique n'y montraient aucune trace d'albumine.

Obs. CCLXIV (1).

Alexander Johnston, âgé de 14 ans, fut admis à l'Infirmerie le 23 juin 1851. Il y a trois jours il éprouva des frissons, et, le lendemain, une éruption scarlatineuse générale se déclara. A son arrivée dans la salle, il présente du délire, de l'agitation,

(1) Recueillie par M. G. Scott, élève du service.

et jette sans cesse la tête d'un côté à l'autre de son oreiller. Il ne répond pas aux questions qu'on lui adresse bien qu'il paraisse les comprendre. La langue est poussée hors de la bouche avec difficulté ; elle est sèche, d'un rouge vif et parsemée de papilles écarlates. Déglutition très pénible. Garde-robe régulière. Pouls à 130, faible. Urine rendue avec difficulté et peu abondante. Sa pesanteur spécifique est de 1025. L'acide nitrique et la chaleur n'y produisent aucun précipité. Peau chaude et sèche, recouverte d'une éruption scarlatineuse très-vive. On prescrit *une potion saline et de légers diurétiques*. Le malade reste dans le même état; seulement l'angine s'aggrave et le délire alterne avec du coma, s'accentuant de plus en plus jusqu'au sixième jour. Durant cette période, les urines rendues furent régulièrement examinées; la quantité en est diminuée (500 grammes par jour), mais on n'y trouve aucun dépôt ; ni la chaleur, ni l'acide nitrique n'y déterminent aucun précipité. Pr. : *Ether nitrique alcoolisé*, 12 *grammes. Acétate de potasse*, 8 *grammes. Teinture de colchique*, 15 *grammes. Eau*, 90 *grammes. M. En donner une cuillerée à thé toutes les quatre heures*. Le lendemain, le coma et le délire ont totalement disparu et le malade répond aux questions qu'on lui adresse. Peau fraîche. Eruption moins vive. Pouls à 96, faible. 900 grammes d'urine; on y remarque un trouble nuageux et des petits flocons membraneux tenus en suspension. Au huitième jour, la quantité d'urine rendue atteint 1500 grammes et présente un sédiment encore plus épais. L'examen au microscope y montre : 1°, des flocons membraneux formés de particules arrondies, comme réunies entre elles et offrant l'aspect de certains tissus végétaux ; 2°, des masses arrondies et irrégulières hérissées de pointes ; 3°, des amas moléculaires amorphes (voir fig. 104, t. I, p. 123). Tous ces éléments soumis à l'analyse chimique par M. Drummond se trouvent être formés d'urate d'ammoniaque. Le lendemain, l'urine est seulement un peu trouble; le surlendemain, elle est parfaitement claire. A dater de ce jour, le malade se rétablit graduellement.

Commentaire. — Voilà un cas de scarlatine très-grave : l'angine était intense au point de rendre parfois la déglutition impossible. Au troisième jour, un coma profond vint, la nuit, alterner avec le délire. Tout faisait craindre une issue fatale. Je serais tenté de croire que les symptômes cérébraux, chez ce malade, comme dans certains cas de typhus, dépendaient moins d'une inflammation du cerveau que d'un empoisonnement produit par l'absorption de l'urée; la diminution de l'exérétion rénale et l'absence de tout dépôt me semblent militer en faveur de cette opinion. Je songeai alors aux propriétés du colchique et je le prescrivis dans une potion diurétique. Le résultat fut remarquable ; le lendemain, la fièvre était diminuée; de plus, l'urine était augmentée de quantité, abondamment chargée d'urate, affectant des formes que je n'avais jamais vues réunies. On pourrait m'objecter que la fièvre se terminait au septième jour par une crise naturelle; je n'en crois pas moins que le colchique et les diurétiques sont venus au secours de la nature.

J'ai essayé le traitement par le drap mouillé dans plusieurs cas de scarlatine; mais je n'ai jamais eu la preuve que ce procédé ait accourci la durée de la maladie ou diminué l'intensité des symptômes. Dans l'été de 1864, M. Thomas Evans, un de mes internes, a observé soigneusement l'état du pouls et la température chez trois malades, avant, pendant et après l'application du drap mouillé. Tous présentaient l'éruption bien caractérisée, un pouls relevé et une forte chaleur à la peau. Ces cas me

semblèrent bien choisis pour faire un essai de la méthode. Les résultats obtenus se trouvent consignés dans le tableau suivant :

Effets de l'application du drap mouillé, sur le pouls et sur la température (prise à l'aisselle), observés sur trois malades atteints de fièvre scarlatine.

Les sujets enveloppés dans un drap mouillé, puis tordu, étaient ensuite entourés de couvertures de laine, etc. Les expériences furent faites entre 7 et 10 heures du matin, pendant les mois de juin et juillet 1864.

Noms, etc.	Obs CCLXV. Adamson, Femme âgée de 19 ans. Éruption intense sur le tronc et sur les extrémités, à son arrivée, au 6e jour. Convalescence au 10e jour.				Obs CCLXVI. Monerson, Femme âgée de 16 ans. Éruption très-forte sur le tronc et sur les extrémités, à son arrivée au 5e jour. Convalescence au 10e jour.						Obs CCLXVII. Baxter, Femme âgée de 19 ans. Éruption peu prononcée sur les jambes. Arrivée au 4e jour. Convalescente le 9e jour.					
Jour de la fièvre	6e jour		7e jour		6e jour		7e jour		8e jour		3e jour		5e jour		6e jour	
Durée de l'application du drap	une heure		45 min.		45 min.		45 min.		30 min.		30 min.		30 min.		30 min.	
	Pouls.	Temp.	Pouls.	Temp.	Pouls.	Temp.	Pouls.	Temp.	Pouls.	Temp.	Pouls.	Temp.	Pouls.	Temp.	Pouls.	Temp.
Avant d'appliquer le drap	138	38.2°	130	38°	116	39.2°	100	38.8°	100	38.9°	114	38.8°	100	38°	83	37.9°
5 min après	—	—	—	—	—	39	—	—	92	38.7	—	—	92	37.6	75	37.4
10 min	—	—	—	—	—	39.2	—	—	92	38.7	—	—	92	37.8	75	37.6
15 min	—	—	—	37.8	—	39.2	—	38.5	92	38.7	104	38.4	94	37.9	76	37.6
30 min	—	—		37.9	108	39.3	—	38.7	96	38.9	104	38.4	96	38	80	37.6
45 min	—	—	—	—	—	39.3										
Une heure... 5 min. après avoir enlevé le drap		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	94	37.6	76	36.9
10 min	138	38.2	—	—	—	—	—	—	—	—	102	38°	96	37.8	74	37
15 min	—	—	—	37.9	—	—	—	38.5	92	38.4	—	38.2	94	37.9	80	37.4
30 min	138	38.5	—	37.9	—	38.9	—	—	96	38.9	110	38.5	94	38	78	37.4
Une heure	—	—	—	38	108	39.2	—	—	96	39.2	112	38.7	94	38.1	78	37.7
Une heure et demie	—	—	120	37.9	—	—	—	—	94	39.5						
Deux heures																
Deux heures et demie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		38		

Comme on le voit d'après ces observations, le pouls diminue de deux ou trois battements au bout d'une demi heure d'application du drap mouillé; mais une demi heure après que ce dernier est enlevé il reprend sa fréquence accoutumée. Par rapport à la température, l'effet immédiat du drap mouillé est de produire un abaissement de quelques dixièmes de degré; seulement, au bout de trente minutes la chaleur est aussi forte qu'auparavant. Le drap enlevé, elle baisse de nouveau d'un demi degré mais pour remonter d'autant au bout d'une nouvelle demi heure. Une heure et demie plus tard, elle est même plus élevée d'un demi degré pour retomber enfin après trente minutes au chiffre noté avant l'application. Parfois un peu de transpiration apparaît après une demi heure d'application. J'ai demandé à maintes reprises aux malades si l'emploi de ce moyen les soulageait au moins quelque peu; aucun ne s'en est loué. Une fois débarrassés du drap, ils éprouvaient une agréable sensation de fraîcheur;

mais, au bout de très peu de temps, ils accusaient la même chaleur qu'auparavant. En résumé, d'après les essais auxquels je me suis livré, je n'hésite pas à dire que l'emploi du drap mouillé dans la scarlatine n'offre aucun avantage sérieux.

ÉRYSIPÈLE.

Obs. CCLXVIII (1).

Marion Smails, âgée de 28 ans, entrée le 8 janvier 1851, raconte qu'elle s'est bien portée jusqu'au 6. Ce jour là, après être sortie de quelque temps, elle sentit une cuisson à sa joue gauche où, bientôt après, elle remarqua une tache rouge. Cette tache s'étendit peu à peu jusqu'au cou, s'accompagnant d'un fort gonflement. La malade imagina alors d'appliquer un cataplasme sinapisé sur sa joue, ce qui allégea un peu la douleur pour commencer, mais ne tarda pas à exaspérer le mal. A son arrivée, elle se plaint toujours de douleur ainsi que d'une soif ardente et d'un goût désagréable dans la bouche. Elle a la langue humide, des selles régulières, le pouls à 66, plein et fort. On prescrit des fomentations saturnines opiacées sur la joue. — 11 *janvier*. Le gonflement et la rougeur ont diminué mais la douleur persiste. — 17 *janvier*. La rougeur a presque disparu; il reste seulement un peu de mal de gorge. — Congédiée.

Obs. CCLXIX (2).

James Maclaren, âgé de 59 ans, portier et ivrogne de profession, est admis à l'Infirmerie le 16 novembre 1851. Il y a huit jours, il fut pris de frissons et d'une fièvre intense lui ôtant tout sommeil. Le 13, il ressentit une douleur dans le nez, pendant qu'à l'extérieur se formait une plaque rouge qui s'étendit rapidement sur une des joues, autour de l'œil et jusque sur le front, du côté gauche. Le lendemain le côté droit était envahi, et le soir toute la face entreprise.

A son entrée, le malade se plaint d'une soif ardente; il n'a plus d'appétit; la langue est chargée, la peau brûlante, le pouls à 100, développé. Il accuse de la céphalalgie, un certain assoupissement, une douleur pulsative à la face qui est d'un rouge foncé et même cramoisi par places. La rougeur occupe tout le front et tout le devant de la tête; le doigt qu'on y appuie y laisse une empreinte. Deux bulles formées sur les côtés du nez se sont rompues et sont déjà remplacées par une sorte d'incrustation. *On donnera une potion stibiée et on poudrera la face avec de la farine.* — 17 *novembre*, La nuit dernière le malade a eu du délire tranquille et a vomi le matin. Le soir, le pouls offre toujours la même fréquence, mais il est plus mou. *Cesser l'usage de la potion.* — 18 *novembre*. L'érysipèle gagne sur le cuir chevelu et de nouvelles bulles se sont formées sur le front. Pouls à 80, mou; constipation. *Administrer tout de suite* 30 *grammes d'huile de ricin et donner* 240 *grammes d'eau-de-vie pour la journée.* — 10 *novembre*. Il est survenu un mieux sensible. Le pouls assez fort reste à 80. Le gonflement des paupières diminue; la rougeur s'efface; les bulles se sèchent : en un mot, le malade est convalescent. Il sort complétement rétabli, le 30 novembre.

Commentaire. — Le premier de ces deux cas était si léger qu'on pourrait lui donner le nom d'érithème. Le second, bien que très grave, et

(1) Recueillie par M. J. M. Lownds, élève du service.

(2) Recueillie par M. A. L. Mackay, élève du service.

s'étant présenté chez un sujet adonné à l'ivrognerie, s'est néanmoins terminé par la convalescence au douzième jour. Ici encore, comme dans la scarlatine, nous retrouvons les phénomènes du typhus fever. De même aussi, quand l'érysipèle se termine par la mort, c'est le coma et le collapsus qui la déterminent. L'érysipèle, cependant, à la différence de la scarlatine, est la moins infectieuse de toutes les fièvres éruptives; c'est la moins fatale et celle aussi dont la marche est le moins rapide. Sous beaucoup d'autres rapports, il existe une analogie étroite entre ces deux maladies; souvent les suites en sont les mêmes, et toutes deux peuvent présenter des urines albumineuses au moment de la crise. Les indications générales à suivre dans le traitement sont identiques. Le traitement spécial se compose d'applications topiques et a pour but de diminuer l'inflammation locale. A cette fin, on a essayé une foule de remèdes, comme de saupoudrer la partie malade avec de la farine, d'y faire des lavages avec une solution d'acétate de plomb additionnée d'opium, des applications de cérat, d'huile, etc. etc., tous moyens qui ont pour effet de rafraîchir la peau, de la ramollir et d'en diminuer l'irritation.

Parfois néanmoins, l'érysipèle peut occasionner la mort, soit à cause de l'intensité de la fièvre, soit à raison de l'étendue des téguments entrepris. On admet généralement qu'il est plus dangereux quand il occupe la face et le cuir chevelu que lorsqu'il s'attaque à toute autre partie du corps de même étendue. Une observation rigoureuse ne me semble pas militer en faveur de cette opinion; même lorsque la plus grande partie du cuir chevelu est entreprise, la mort est une rare exception. Je me souviens d'avoir remarqué, en parcourant les salles de l'Hôtel-Dieu avec Louis, au mois de mai 1851, un certain nombre de cas d'érysipèle pour lesquels on n'avait institué aucun traitement. Comme j'en faisais l'observation, Louis me répondit que, d'après son expérience, l'érysipèle du cuir chevelu n'est jamais mortel à moins d'être compliqué d'une autre maladie ou de se rencontrer chez des sujets de mauvaise constitution. Quoi qu'il en soit, il me semble téméraire de se prononcer sur l'efficacité relative des divers remèdes employés dans une affection qui guérit généralement sans le secours de l'art. Dans ces dernières années, M. Hamilton Bell a recommandé l'administration de quinze à vingt-cinq gouttes *de teinture de perchlorure de fer toutes les deux heures*, comme un agent très efficace contre l'érysipèle. Cependant, il ne nous est pas prouvé que ce moyen ait quelque supériorité sur l'action spontanée de la nature.

VARIOLE.

Obs. CCLXX (1).

Mary Hogan, âgée de 7 ans, entrée le 9 décembre 1851, n'a jamais été vaccinée. Le 4 décembre, elle éprouva un certain malaise et le lendemain elle se plaignit

(1) Recueillie par M. J. L. Brown, élève du service.

d'un mal de tête violent, de douleurs dans le dos, de nausées, de perte d'appétit et d'une soif intense. Ces symptômes persistèrent et, dans l'après-midi du 7, des taches d'un rouge vif se montrèrent sur la face, sur la poitrine, puis successivement parmi tout le corps. Le jour suivant, les taches se recouvrirent de nombreuses petites papules saillantes. Au moment de l'arrivée, on constate même un grand nombre de vésicules à la face, sur les bras et sur les jambes. La langue est chargée mais humide; on ne remarque pas de dysphagie. *Donner 15 grammes de sulfate de magnésie.* — 10 *décembre.* Les vésicules sont très serrées sur la face, confluentes même en quelques endroits. Les paupières sont fortement enflées et presque fermées. Selle régulière. Pouls à 140. Langue rosée. On ordonne de couper les cheveux et d'étendre sur la face, une couche d'onguent mercuriel simple additionné d'amidon; enfin, on lui inocule le vaccin. — 13 *décembre.* Les pustules ont atteint leur développement complet et sont ombiliquées sur le tronc et sur les extrémités. La pâte mercurielle forme une couche épaisse et durcie sur le visage. — 15 *décembre.* Beaucoup de pustules se sont crevées et leur contenu s'est vidé. Aucun trouble constitutionnel. Pas de douleurs, ni de démangeaisons à la face. Le gonflement des paupières a disparu. — 18 *décembre.* Toutes les pustules se sont ouvertes à l'exception de quelques unes sur les pieds. Le 6 janvier l'enfant est guérie. La face présente à peine des vestiges de la maladie et offre un contraste remarquable avec les autres parties du corps qui n'ont pas été protégées par l'enduit mercuriel.

Obs. CCLXXI (1).

Michaël Hugan, âgé de 9 ans, frère de la précédente, entré le 10 décembre 1851, n'a jamais été vacciné. Le 8, il avait éprouvé du malaise, des frissons, de la céphalalgie et les symptômes fébriles usuels. Le lendemain, il vomit à plusieurs reprises, et une éruption apparut à la peau. A son arrivée, la face, le tronc, les bras et les jambes sont tachetés de papules d'un rouge vif à une assez grande distance l'une de l'autre; les symptômes fébriles ont beaucoup diminué. Le 15, les pustules de la face sont pleinement développées; çà et là, elles sont confluentes. Le 18, celles des extrémités inférieures sont dans le même état. La nuit dernière, le petit malade éprouva une forte céphalalgie; ce matin, le pouls est à 120, large. La peau est chaude, les symptômes fébriles très accentués. — 19 *décembre.* Céphalalgie violente toute la nuit. Forte agitation et insomnie. Ce matin, ces symptômes ont perdu de leur intensité. A dater de ce moment, la convalescence commence, mais le rétablissement complet se fait attendre et on garde l'enfant jusqu'au 19 décembre. Quelques marques persistent à la face, aux endroits où les pustules ont été confluentes.

Commentaire. — Le traitement général de la variole ne diffère pas de celui des autres fièvres éruptives. Le traitement spécial, cependant, mérite ici une attention particulière.

Traitement ectrotique de la variole.

On a proposé diverses méthodes dans le but d'arrêter le développement de l'éruption variolique et d'éviter les cicatrices. Le traitement dit ectrotique (de ἐκτιτρώσκω, faire avorter), a été pratiqué principalement en France.

(1) Recueillie par M. W. M. Calder, élève du service.

Serres, Bretonneau et Velpeau cautérisaient chaque vésicule à mesure qu'elle apparaissait, à l'aide du nitrate d'argent, ce qui arrête de suite son développement. C'est là un procédé fastidieux; toutefois il est préférable au badigeonnage des surfaces malades avec la solution du caustique lunaire qui cause beaucoup de douleur et exaspère les phénomènes fébriles. Sir Joseph Oliffe, de Paris, recommandait l'emplâtre de Vigo de la pharmacopée française. Ayant lu dans les journaux que l'onguent mercuriel épaissi au moyen d'amidon avait donné de bons résultats à M. Briquet et à plusieurs autres médecins des hôpitaux de Paris, je l'essayai sur un grand nombre de malades; je n'ai eu qu'à me louer de ses bons effets. Les deux observations qui précèdent en sont d'ailleurs des preuves satisfaisantes. La jeune Mary Hogan présentait la forme la plus confluente de variole que j'aie jamais vue. La face entière était tellement couverte de papules et de petites vésicules au début, qu'on n'aurait pu placer une tête d'épingle dans les intervalles. Il était clair que toute l'étendue du visage arriverait à ne former qu'un ulcère suppurant. Ceux d'entre vous qui ont vu des cas de ce genre savent quel aspect horrible présente le malade, quel malaise extrême il éprouve. Le gonflement énorme des paupières, l'abondance et la fétidité de la suppuration, la violence de la fièvre secondaire, les cicatrices affreuses qui défigurent le patient en font un objet de pitié et d'horreur. Rien de pareil ne s'est produit chez notre malade, et je crois que c'est au traitement ectrotique qu'il faut attribuer cette préservation. Dès l'instant qu'on eut appliqué la pommade toute démangeaison et toute douleur cessèrent; les paupières s'enflèrent à peine et il n'y eut aucune suppuration; enfin nous n'avons pas eu de fièvre secondaire, et, le masque ôté, il ne restait pas la moindre cicatrice ni même de point en suppuration. Sur les autres régions du corps, au contraire, le mal poursuivit sa marche accoutumée; l'enfant put quitter l'hôpital au trentième jour à dater de l'éruption. La variole s'annonçant comme devant être très grave, je me crus autorisé à mettre en œuvre tous les moyens en mon pouvoir. Certains médecins ayant prétendu que la vaccination, même faite au début de l'éruption, en modifie avantageusement la marche, j'ordonnai de la pratiquer immédiatement. A ce moment déjà toute la face était recouverte de papules et de vésicules; toutefois, il n'est pas douteux que la vaccination seule n'aurait point empêché les cicatrices de se produire sur le visage. Je me garderai pourtant de nier toute influence de la part de la vaccine en semblable occurrence, mais je n'hésite nullement à attribuer au traitement ectrotique le résultat heureux que nous avons obtenu. Au reste, pour vous convaincre des grands avantages de ce traitement, vous n'avez qu'à comparer le cas du petit garçon avec celui de sa sœur, qui n'avait non plus jamais été vaccinée : chez le premier l'éruption était discrète et les symptômes constitutionnels fort légers. Je laissai donc le mal suivre sa marche naturelle; mais le résultat fut tout différent de celui obtenu chez la petite fille, à laquelle on appliqua sur le visage une couche d'onguent mercuriel. Chez lui, la fièvre secondaire fut assez forte, la prostration consécutive relativement grave;

la convalescence se prolongea jusqu'au trente-neuvième jour, et, nonobstant le caractère discret de l'éruption, un certain nombre de cicatrices persistèrent sur la face.

Depuis que j'emploie ce mode de traitement cetrotique dans la variole, il m'est arrivé à plusieurs reprises de voir une légère salivation mercurielle se produire à la suite de l'application de l'onguent. Le Dr Georges Paterson (1) a pourtant publié un cas où la salivation, due à l'usage de l'onguent mercuriel, mit le malade en danger. Je crois, du reste, avec ce médecin, que des accidents de cette nature sont faits pour compromettre sérieusement les avantages de ce moyen cetrotique, si remarquables qu'ils soient sous plusieurs rapports.

Mais, on pourrait se demander si, après tout, le mercure est essentiel au succès de ce traitement. Les premiers qui l'ont proposé ont pu croire que l'efficacité de cet agent tenait à ses propriétés absorbantes. Il me semble qu'on en peut donner une autre explication : il existe une étroite analogie entre le mode de cicatrisation des plaies et des ulcères si bien décrit par le Dr Macartney, de Dublin, sous le nom de « modelling process » et ce qui se passe dans le traitement cetrotique de la variole. Ce mode de cicatrisation donne même lieu à beaucoup moins de cicatrices que la réunion par première ou par seconde intention; ce serait de la même manière que l'application du traitement cetrotique préviendrait la formation de cicatrices déprimées L'enduit artificiel prend ici la place du caillot de sang ou de la croûte naturelle, protége les parties sous-jacentes et leur permet de guérir lentement et mieux que si elles restaient exposées à l'air, sans être comprimées par les croûtes qui les recouvrent. Si cette manière d'interpréter le traitement cetrotique était la vraie, l'agent mercuriel pourrait être justement délaissé, et tout autre emplâtre capable de se concréter sur la face pourrait procurer les mêmes avantages. En 1854, je fis quelques expériences à ce sujet; après plusieurs insuccès je parvins à trouver une composition remplissant parfaitement mon but. Je traitai un premier malade simplement avec de la graisse épaissie par de l'amidon et par du charbon pulvérisé. Mais cet enduit offrait si peu de consistance que, durant la nuit, en se retournant sur son oreiller ou en y portant les mains, la malade l'enleva complètement, si bien qu'après sa guérison, elle avait la face toute creusée de petites cicatrices déprimées. Une autre fois, j'essayai le carbonate de magnésie réduit en pâte avec de l'huile, et cette composition ne me réussit pas davantage. Je remplaçai alors la magnésie par de la calamine commune; j'obtins ainsi une pâte cohérente qui réussit à merveille. Je traitai de cette façon un grand nombre de varioleux et j'arrivai non seulement à empêcher la formation des cicatrices, mais encore à alléger les symptômes locaux et généraux, absolument comme l'avait fait l'onguent mercuriel, dans le cas relaté plus haut. L'observation suivante fournit un exemple du traitement par la pâte à la calamine.

(1) *Monthly Journal*, déc. 1852.

Obs. CCLXXII (1).

Alexander Ross, âgé de 13 ans, n'ayant jamais été vacciné, fut pris, le 7 janvier, de frissons suivis des symptômes ordinaires de la fièvre. Entré à l'Infirmerie le 9, il présentait un certain nombre de papules sur la face et sur les bras : le 12, tout le visage était recouvert de vésicules tellement rapprochées les unes des autres que la variole serait certainement devenue confluente. Une pâte composée de calamine et d'huile fut appliquée, comme un masque, sur le visage. L'affection suivit sa marche ordinaire et l'éruption devint confluente sur les bras et sur le tronc. A plusieurs reprises on appliqua une nouvelle couche de calamine sur la première et il se forma de la sorte une croûte épaisse. Le malade n'éprouva aucune cuisson à la face, les paupières n'offrirent aucun gonflement, il ne se produisit aucune suppuration ni aucune espèce de symptômes fâcheux. La fièvre secondaire, toutefois, fut assez intense et il y eut du délire pendant deux jours. Le 22, le masque tomba et laissa à sa place une surface unie n'offrant aucune dépression. Le malade quitta l'hôpital le 26.

A la suite de nouvelles expériences auxquelles je me suis livré, je vous recommanderai la composition suivante : carbonate de zinc, 3 parties; oxyde de zinc, 1 partie; triturer dans un mortier avec de l'huile d'olive en quantité suffisante, jusqu'à consistance convenable. Le Dr Wallace, de Greenock, qui a fait aussi des essais de ce genre, a trouvé peu avantageux l'emploi de la teinture d'iode, vantée comme un excellent moyen cetrotique par beaucoup de médecins. Il se loue beaucoup de l'application d'une solution de gutta-percha dans du chloroforme, employée pour la première fois par le Dr Stokes et recommandée par le Dr Graves de Dublin. Cette composition est excellente, mais il est préférable de remplacer la gutta-percha par du caout-chouc qui est plus élastique.

Les faits observés à propos de la variole fournissent matière à beaucoup de considérations; nous nous arrêterons à trois principales.

1. Depuis peu d'années, les épidémies de variole reparaissent beaucoup plus fréquemment; c'est là un fait patent. Assez bien de médecins croient que cela tient à la détérioration du virus vaccinal. Cette supposition est probable, sans doute, mais je suis beaucoup plus porté à attribuer la recrudescence de la variole à ce que la terreur qu'inspirait autrefois cette maladie s'est dissipée complétement, grâce à la découverte protectrice de Jenner; par suite de cette fausse sécurité, le public s'est beaucoup relâché de l'ardeur qu'il mettait autrefois à se faire vacciner. Depuis quelques années surtout, les enfants appartenant aux classes inférieures de la société ne sont pour ainsi dire plus vaccinés ; voilà pourquoi nos hôpitaux sont si souvent envahis par des varioleux dont la plupart n'ont jamais subi l'inoculation du cow-pox. Le seul remède à cette espèce de mauvais vouloir ou plutôt d'incurie de la part de ces malheureux était de les forcer à faire vacciner leurs enfants. La législature a donc voté une loi (vaccination-act) qui rend la vaccination obligatoire ; seulement, comme elle n'est en vigueur

(1) Recueillie par M. Bird, élève du service.

que depuis peu, il serait téméraire de vouloir déjà juger de ses effets. Toutefois, le Dr Husband chargé des vaccinations au Dispensaire Royal d'Edimbourg, m'a assuré qu'il constatait déjà les heureux effets de cette mesure. Les parents, en allant déclarer la naissance d'un enfant, reçoivent un imprimé les avertissant que s'ils ne font pas vacciner le nouveau-né dans les six mois, ils sont passibles d'une amende de vingt-cinq francs. Cette ordonnance est assez bien exécutée; les gens en comprennent l'utilité et généralement se prêtent de bonne grâce à soumettre leurs enfants à cette petite opération. Le nombre des vaccinations a augmenté sensiblement, et il est permis d'en attendre les meilleurs résultats pour la santé publique.

Pour ce qui concerne le manuel opératoire vous le trouverez décrit au long dans les ouvrages qui traitent de la petite chirurgie. Il consiste, comme vous le savez, à faire une petite ponction pour soulever l'épiderme, ou simplement à le déchirer de manière à ce que la lymphe vaccinale puisse être appliquée directement sur le tissu vasculaire du derme. Pour opérer vite et sûrement, vous ne sauriez avoir de meilleur instrument que celui inventé par le Dr Graham Weir (fig. 569) (1). Il consiste en une lame d'ivoire étroite armée, à l'une de ses extrémités, de quatre petites pointes d'aiguille et, à l'autre, d'une sorte de court bistouri destiné à recueillir la matière vaccinale. L'épiderme est déchiré crucialement à l'aide des petites pointes de l'instrument, que l'on tient verticalement et que l'on fait manœuvrer de manière à ne faire qu'une égratignure superficielle. Cet instrument a l'avantage sur la lancette, de permettre d'opérer plus rapidement et d'ouvrir une porte plus large à l'introduction du vaccin. Toutefois, bon nombre de praticiens distingués continuent à se

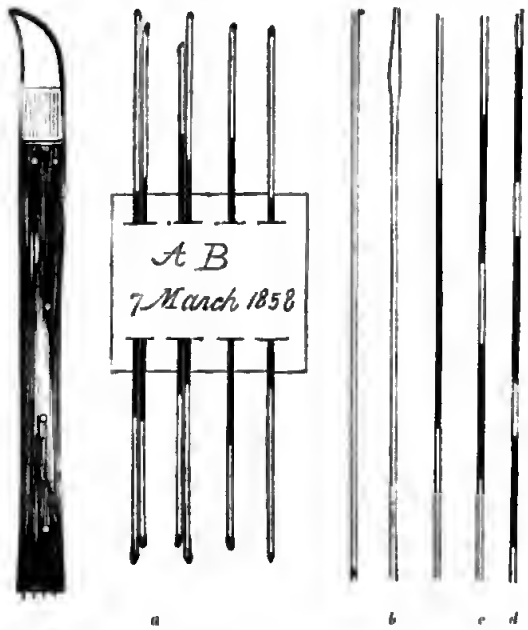


Fig. 569. Fig. 570. Fig. 571.

(1) *Monthly Journal*, 1847-48, p. 69.

Fig. 569. Scarificateur vaccinal du Dr Graham Weir.

Fig. 570-71. Tubes du Dr Husband, remplis de lymphe vaccinale et scellés à la lampe aux deux bouts. (*a*) Manière de collationner les tubes. (*b*) Tube en ampoule. (*c*) Tube chargé à deux pustules d'origine différente. (*d*) Tube chargé à trois pustules.

Grandeur naturelle.

servir de la lancette. Dans tous les cas, il faudra tâcher d'éviter l'effusion du sang qui entraînant le virus empêcherait son inoculation.

La manière de conserver la lymphe vaccinale a une grande importance. Le Dr Husband, en Angleterre, a beaucoup contribué à la perfectionner. Il se sert de tubes de verre à diamètre capillaire, de six à huit centimètres de long et d'un peu moins d'un millimètre d'ouverture ; il suffit de présenter horizontalement l'extrémité d'un tube semblable à la gouttelette de vaccin accumulé à la surface d'une pustule, pour le voir se remplir rapidement par capillarité. Les deux extrémités du tube sont ensuite fermées au chalumeau ou simplement à la lampe dont la chaleur suffit pour fondre le verre (fig. 570). Lorsqu'il s'agit de se servir du vaccin, on brise simplement les deux bouts du tube, on souffle légèrement le liquide sur le bras ou sur un corps quelconque, et l'on opère ensuite comme s'il s'agissait de vaccin frais. Le Dr Husband m'affirme avoir de la sorte conservé du vaccin deux ans, et avoir réussi dans plus de quatre-vingt-dix pour cent de vaccinations. Cette lymphe ainsi abritée du contact de l'air se conserve également bien dans les pays chauds. Quant aux insuccès, on en diminue les chances en prenant du vaccin à deux ou même à trois sources différentes (fig. 571 *c* et *d*) pour en remplir un même tube. On peut alors, en soufflant avec mesure, faire sortir tout ensemble ou mieux séparément chaque colonne de lymphe entre laquelle se trouve interposée une petite quantité d'air (1). Quant à la vaccination qui se pratique de bras à bras comme c'est l'ordinaire, on sait qu'elle échoue rarement lorsque la lymphe est bien choisie.

2. La variole se montre parfois sous une forme remarquablement bénigne dans certaines épidémies ; beaucoup d'auteurs lui donnent alors le nom de varioloïde. Certains sujets en sont même atteints deux fois de suite ; on a d'ailleurs constaté souvent la varioloïde à la suite de la vaccination. Sous cette forme bénigne, cette affection ressemble tellement à la varicelle qu'elle ne s'en distingue par aucun caractère essentiel. Bien plus, lors de l'épidémie qui sévit à Edimbourg en 1819 et 1820, on a souvent observé la variole et la varicelle dans la même maison, chez des pauvres qui couchaient ensemble dans le même lit. On sait d'ailleurs d'une manière positive que des individus inoculés avec le virus de la variole ont eu une simple varicelle et, vice versa, que la matière de la varicelle a plusieurs fois donné lieu à une variole des mieux caractérisées. L'ouvrage du Dr John Thomson, intitulé « An account of the Varioloid Epidemics in Scotland, 1820, » (coup-d'œil sur les épidémies de variole en Ecosse), rapporte un grand nombre de faits de cette nature ; il relate aussi toute une série d'expériences faites sur des soldats de la garnison du château d'Edimbourg, établissant d'une façon irrécusable l'unité du virus des deux formes éruptives. Il serait manifestement irrationnel de supposer qu'il puisse

(1) « Exposition of a Method of Preserving Vaccine lymph, etc. par William Husband, in-12°, Edinburgh, 1860 ; et « Second Report of the Medical Officer of the Privy Council, 1860

exister à la fois deux sources distinctes de contagion dont les manifestations de l'une seraient une garantie de protection contre l'autre. Pour être logiques les partisans de cette manière de voir doivent admettre que partout où règne la contagion de la varicelle, la variole a été exclue ou vice versa; sinon ils doivent reconnaître que la variole est produite par la même influence infecticuse que la varicelle. L'ouvrage de Thomson donne surabondamment de preuves en faveur de cette dernière proposition. Le Dr Gregory et les partisans de l'opinion contraire soutiennent la non-identité des virus, s'appuyant sur ce que, pour la varicelle, la période d'incubation est plus courte, sa durée plus limitée et les symptômes constitutionnels beaucoup moins graves. Ce ne sont là, remarquez le bien, que des différences d'intensité ou de degrés mais nullement des différences essentielles ou génériques. Le Dr Gregory dit aussi qu'il a vu la variole se produire à la suite de la vaccine, et cette dernière réussir chez des sujets ayant eu la variole; pourtant, ces deux affections ne sont point identiques. Cet argument ne me semble avoir aucune portée contre la doctrine du Dr Thomson; en effet, la variole à la suite de la vaccine est évidemment une variole modifiée, et, quant à la vaccine, on rencontre des sujets chez qui on la reproduit pour ainsi dire à volonté.

3. Le Dr Jenner a, toute sa vie, professé l'opinion que le cow-pox, les eaux aux jambes chez les chevaux (grease), la varicelle pustuleuse et la variole sont simplement des modifications d'une seule et même maladie. Il admettait qu'en transmettant le cow-pox à l'homme, il ne faisait que lui donner la variole sous sa forme primitive et la plus bénigne. Toutefois, on discuterait longtemps avant de pouvoir décider laquelle de ces deux formes éruptives est antérieure à l'autre. Pour moi, j'inclinerais davantage à croire que c'est l'espèce bovine qui a contracté la maladie de l'espèce humaine, plutôt que de la lui avoir donnée; et cette manière de voir semble confirmée par les expériences de M. Ceely, d'Aylesbury, publiées dans les « Transactions of the Provincial Medical and Surgical Association » (vol. VIII et IX). Ces expériences démontrent qu'en opérant sur les membranes muqueuses de la vache, elle est facilement accessible au virus de la variole de l'homme; seulement la constitution de l'animal convertirait ce dernier en vaccine ou cow-pox. Nous ne pouvons guère nous arrêter aux discussions soulevées à ce sujet; je me bornerai à vous signaler les faits allégués en faveur de cette identité.

1. La prédominance simultanée du cow-pox parmi les bêtes à cornes et de la variole dans l'espèce humaine.

2. La transmission *par contagion* de la variole aux bêtes à cornes et la transformation du virus en cow-pox dans l'organisme de ces animaux.

3. La transmission *par inoculation* du même virus humain à l'espèce bovine et sa transformation en cow-pox véritable.

4. La transmission du cow-pox à l'homme par voie d'inoculation et le développement chez lui d'une pustule semblable de tous points à la pustule de vaccine sur la vache.

5. La transmission *par inoculation* du cow-pox à l'homme et le développement consécutif d'une éruption similaire sinon identique avec celle de la variole.

Toutes ces propositions se basent sur des faits nombreux. Ces faits ont été nettement exposés dans le « Report of the Vaccination Section of the Provincial Medical Association » (rapport de la section de vaccine de l'association médicale provinciale). Voir aussi le rapport fait par ordre du gouvernement par M. Simon, intitulé « History and Practice of Vaccination, 1857. » (1).

COW-POX CULTIVÉ OU VACCIN ANIMAL.

Une prévention grave, à laquelle des faits nombreux, recueillis à de sources non suspectes, ont, dans ces derniers temps surtout, donné une base scientifique, pèse sur l'emploi du vaccin, et éloigne de la vaccination un certain nombre de personnes qui, demeurant ainsi passibles de la variole, sont un danger permanent pour la société. On l'accuse, à tort ou à raison, de transmettre aux vaccinés les maladies diathésiques, syphilis ou scrofule, dont peuvent être atteints les vaccinifères.

On a adressé encore au vaccin jennérien le reproche d'avoir dégénéré, dans ses migrations successives à travers l'organisme humain, qui n'est pas le terrain natif du vaccin, et de ne plus donner une immunité aussi complète ni aussi durable qu'autrefois. On en a conclu à la nécessité de le renouveler fréquemment, en reprenant, le plus souvent possible, à sa source vierge, le cow-pox spontané.

De ces desiderata est issue la pratique de la vaccination dite *animale*, dont on s'est beaucoup occupé dans ces dernières années. Elle consiste à transmettre à de jeunes sujets de l'espèce bovine le cow-pox spontané, que le hasard ou les recherches font périodiquement découvrir, et à l'y cultiver, comme on fait sur l'homme avec le vaccin ordinaire. Les transmissions s'y font de cinq en cinq ou de six en six jours, selon les circonstances et les besoins. Le vaccin obtenu sert aux vaccinations immédiates ou à l'envoi au dehors, soit en tubes, soit sur plaques d'ivoire.

La vaccination animale n'est pas admise jusqu'à présent par tous les praticiens : les uns l'accusent de n'avoir point encore fait suffisamment

(1) Des expériences faites à Lyon en 1865, au nom de la société des sciences médicales de cette ville, par une commission composée de MM. Bonnet, Chauveau, Delore, Dupuis Gailleton, Horand, Lartet, P. Meynet et Viennois semblent pourtant avoir renversé cette doctrine. Il résulte de ces expériences, à l'égard desquelles M. Chauveau a fait rapport à l'Académie de médecine de Paris, dans la séance du 30 mai 1865 :

1° Que le virus variolique et le virus vaccin sont deux principes distincts ;

2° Que l'un d'eux ne peut pas se transformer en l'autre, quels que soient les organismes qu'on leur fait traverser ;

3° Que lorsqu'on inocule la variole à un animal de l'espèce bovine ou à tout autre l'acceptant, cet animal rend non du vaccin mais la variole, qui, inoculée à son tour à des enfants non vaccinés, leur donne la variole et jamais le vaccin.

ses preuves; d'autres, plus radicaux, la considèrent *ex cathedra* comme une mauvaise chose. Les premiers se trompent comme les derniers. Depuis six à sept ans que la méthode nouvelle fonctionne en divers pays, notamment en Belgique, des épidémies meurtrières de variole ont passé, sans les effleurer, sur plusieurs milliers d'enfants vaccinés par le cow-pox cultivé sur des génisses, et la lymphe ainsi obtenue a rendu d'immenses services pendant des périodes critiques où le vaccin d'enfant faisait complètement défaut.

La vaccination animale n'eût-elle donc d'autre mérite que d'être un succédané du vaccin humain, qu'elle devrait être acceptée avec reconnaissance. Nous avons acquis l'assurance qu'elle en possède d'autres. Par une observation qui date de plusieurs années, et à la faveur de l'expérience que nous avons acquise dans une collaboration attentive avec M. Warlomont, directeur de l'Institut vaccinal de l'État, à Bruxelles, que nous avons fréquemment suppléé dans son important service, nous avons pu nous convaincre que le vaccin animal, convenablement cultivé et inoculé, procure des pustules vaccinales de la plus belle venue, et évidemment supérieures à celles qu'on retire du vaccin humain. Nous avons en même temps constaté la facilité avec laquelle on peut, au moyen d'une génisse vaccinée de quatre à cinq jours, inoculer des centaines d'enfants, en des séances d'une à deux heures, sans avoir à se préoccuper du choix du vaccinifère, ainsi qu'on doit le faire pour la vaccination de bras à bras, et sans laisser la plus légère préoccupation dans l'esprit des familles. Nous avons vu, enfin, l'empressement à se rendre à ces séances, de cette partie du public que la vaccine humaine tient en défiance et prive des bienfaits de l'inoculation préservatrice. A ces divers titres, la vaccination animale peut être considérée comme un immense bienfait, et comme une des meilleures conquêtes de la médecine contemporaine.

En Belgique, l'institution nouvelle fonctionne sous les auspices du Gouvernement, et pénètre chaque jour davantage dans la confiance des praticiens. Pendant une épidémie de variole qui a sévi sur le pays entier, depuis le mois d'octobre 1870 jusqu'en avril 1871, le vaccin animal, produit par l'Institut de l'État, a fait face, à lui seul, à tous les besoins. Il en était distribué en moyenne de trois à quatre cents pointes par jour, à la plupart des praticiens du pays, et les résultats ont dépassé toutes les espérances. Voici quelques chiffres : sur un total de 5,425 revaccinations pratiquées par ces médecins, il a été accusé 3,419 succès, soit 63,2 p. c.; et sur 524 vaccinations, 503 succès, soit 95,5 p. c. (1). Aujourd'hui que la variole a cessé de régner, le vaccin animal de l'Institut central, dont les preuves sont faites désormais, continue à alimenter les souches de la grande majorité des vaccinateurs belges : il s'en distribue encore mensuellement de sept à huit cents pointes.

Le vaccin animal se conserve mal à l'état liquide; cependant, dépouillé

(1) *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, 1871, t. V, nos 7, 9 et 10.

de ses principes coagulables, et additionné d'eau glycérinée en très petite quantité, il s'introduit bien dans les tubes, en est expulsé avec facilité et conserve toutes ses qualités pendant au moins une semaine. Au delà de ce terme, il ne faut pas trop compter sur sa vitalité. Au contraire, appliqué sur plaques d'ivoire, qu'on en revêt de plusieurs couches et qu'on fait sécher rapidement au soleil ou à la chaleur rayonnante d'un foyer d'appartement, il se conserve beaucoup plus longtemps. Nous en avons gardé pendant des mois, simplement enfermé dans une boîte entre deux feuilles d'ouate.

Vivant et à point, c'est-à-dire emprunté à des pustules bien venues du cinquième au sixième jour, on peut dire qu'il procure invariablement, sur des sujets vierges, autant de pustules qu'on a fait de piqûres. Lorsqu'on emploie le vaccin sec, il convient de prendre un peu plus de précaution. Après avoir bien délayé le vaccin à l'aide d'eau tiède et l'avoir mélangé avec la pointe de la lancette, j'ai l'habitude de faire d'abord l'insertion sous-épidermique ordinaire, puis quelques petites scarifications par dessus, afin d'ouvrir une porte plus large à l'absorption de la lymphe. M. Warlomont recommande et emploie seulement ces dernières, sur lesquelles il se contente de promener la plaque d'ivoire qui porte le vaccin préalablement redissous. Il n'est peut-être pas inutile de faire une remarque au sujet du procédé par scarifications : si on fait celles-ci sur une surface trop large, on obtient, non plus un simple bouton, mais tout un groupe de pustules confluentes réunies en un seule, très large. Nous avons eu plusieurs fois l'occasion de voir de ces pustules énormes, faisant souffrir et inquiétant le malade, et que certains opérateurs n'hésitaient pas à attribuer à une action excessive du vaccin de génisse.

D'autres adversaires de la méthode, peu au courant de la pratique, qui n'est d'ailleurs pas sans nécessiter un certain apprentissage, affirment que le vaccin s'entretient mal sur les génisses et s'y éteint constamment après trois transmissions au plus. Rien n'est moins exact. Nous avons vu plus de cent transmissions successives, sans interruption aucune, et, pour qu'une insertion échoue, il faut que le nouveau sujet soit dans un mauvais état de santé, ou que la matière employée soit trop vieille ou trop jeune, ou bien de mauvaise qualité originelle. Hors ces cas, le vaccin animal vivant ne rencontre guère de sujets réfractaires, ni dans l'espèce humaine, ni dans l'espèce bovine.]

P. L.

DIPHTHÉRIE.

Obs. CCLXXIII (1) *Diphthérie. — Guérison.*

Commémoratif. — Isabelle Speers, âgée de 31 ans, mariée, fut admise à l'Infirmerie le 5 janvier 1865. A part la fièvre scarlatine qu'elle a eue étant enfant et dont elle a conservé une certaine surdité, cette femme s'est toujours remarquablement bien portée. Le 18 décembre dernier, elle a perdu un enfant de la diphthérie et le

(1) Recueillie par M. W. Johnston, élève du service.

22 elle commença à se plaindre elle-même de mal de gorge et de difficulté d'avaler. Le surlendemain, elle reçut la visite de deux médecins qui lui prescrivirent un gargarisme avec de la liqueur de Condy, de plus une potion au chlorate de potasse, de la teinture de perchlorure de fer et de l'eau-de-vie ; enfin ils cautérisèrent la gorge avec du nitrate d'argent. Le 31 décembre, quatre taches d'un gris sale se montrèrent sur la lèvre inférieure et deux plus petites sous la langue; toutes furent touchées au nitrate d'argent. Cependant l'état de la gorge continuant à s'empirer, la malade vint réclamer du secours à l'Infirmerie.

Symptômes a l'entrée. — La paroi postérieure du pharynx et presque toute la surface des amygdales sont recouvertes de taches blanc-jaunâtres, assez semblables à de la matière purulente. On en détache une parcelle offrant assez de consistance et que l'on soumet à l'examen microscopique. Elle se trouve formée de cellules de pus enveloppées dans du mucus. La malade se plaint de douleur en avalant, de manque d'appétit, de céphalalgie ; elle est très sourde et fort abattue. La voix est réduite à un chuchotement. Le pouls est à 130, petit et faible. Les urines sont abondantes et ne contiennent pas d'albumine. On prescrit : 120 *grammes de beef-tea et* 30 *grammes de vin en injections par l'anus quatre fois par jour. Gargarismes avec le liquide de Condy dilué. Cataplasmes autour de la gorge.*

Marche de la maladie. — 10 *janvier*. La gorge se nettoye et la malade se sent mieux. On prescrit : *deux fois par jour une injection de beef-tea et d'arrow-root avec du lait.* A partir de ce moment les forces et le contentement reviennent. Le 20 janvier, la malade pouvant avaler aisément, on cesse les lavements nutritifs. Le 7 février, cette femme est congédiée parfaitement guérie, seulement la voix reste un peu voilée.

Obs. CCLXXIV (1). — *Diphthérie compliquée de variole. — Mort. — Membranes diphthéritiques sur la muqueuse du pharynx, sur l'épiglotte, dans le larynx, dans la trachée et dans la bronche droite. — Apoplexie pulmonaire.*

Commemoratif. — Francis Carroll, âgé de 28 ans, marié, faisant partie de la troupe d'un cirque, est entré à l'Infirmerie le 18 novembre 1860. Il s'est bien porté jusqu'au 14 courant. Ce jour-là dans l'après midi, il éprouva un sentiment de pesanteur dans l'abdomen, et, la nuit suivante, il fut très agité. Le lendemain matin il ressentit des élancements douloureux dans le dos et dans les membres, de la céphalalgie, des nausées et une soif vive ; de plus, il avait perdu l'appétit. Néanmoins il se rendit à la répétition; il y fut saisi de frissons et de vomissements, à la suite desquels il retourna chez lui et s'alita. Le lendemain il prit un bain chaud et observa des taches rouges sur les bras, sur les jambes et sur la face. Dès le début il y avait eu du coryza, de la toux, de l'expectoration ; cette dernière était teinte de sang le matin du jour où il est entré.

Symptômes a l'entrée. — La face est gonflée, d'un rouge foncé, pointillée de papules rouges, serrées les unes contre les autres et entremêlées de pustules grosses comme de petits pois ; quelques-unes de ces dernières sont déjà ombiliquées au centre. La poitrine, l'abdomen, le pli des aines et les membres présentent des taches d'un rouge livide sur lesquelles se détachent des pustules plus petites, surtout nombreuses dans les aines. La langue est chargée, les gencives ont un aspect spongieux, les amygdales sont gonflées, l'isthme du gosier et le pharynx sont couverts d'une sorte d'enduit sale. Le malade se plaint de difficulté et de douleur en avalant. Absence d'appétit. Soif vive. Pas de nausées ni de vomissements.

(1) Recueillie par M. C. Henri Allfrey, élève du service.

Il y a eu une bonne selle ce matin. Pouls à 100, faible. Bruits du cœur normaux. Toux fréquente. Le malade ne cesse de cracher un liquide spumeux sanguinolent. A la percussion on trouve de la matité sur le tiers inférieur du poumon droit en arrière, et on y constate, à l'auscultation, des râles crépitants, du souffle tubaire et une augmentation de la résonnance de la voix. L'inspiration est rude dans toute l'étendue de la poitrine et l'expiration prolongée. Pas de céphalalgie ni de délire. Sommeil interrompu. Urine en quantité normale mais fortement colorée, trouble, se coagulant par la chaleur et par l'acide nitrique et manquant de chlorures. Prescr. : *Acétate de potasse*, 8 *grammes. Ether nitrique alcoolisé*, 8 *grammes. Mixture camphrée*, 170 *grammes. M. En prendre une cuillerée à soupe trois fois par jour.* Pr. *Chlorure de soude*, 30 *grammes. Eau* 330 *grammes. Pour gargarisme. Beef-tea à volonté.* 120 *grammes de vin.*

Marche de la maladie. — 20 *novembre*. Langue sèche et brune. Lèvres et dents recouvertes de fuliginosités. Assez bien de beef-tea a été ingéré. Pouls à 74, assez fort. Râles sibilants dans toute la poitrine. — Les pustules de la peau grossissent et commencent à s'ombiliquer. L'état de la gorge et les symptômes n'ont point changé. Le malade a pris avec plaisir un morceau de glace. Pas de modifications dans les urines. *Enduire fréquemment la face d'huile.* — 21 *novembre.* — Pas de changement. — 22 *novembre.* Beaucoup d'agitation la nuit. Toux incessante. — Crachats moins abondants mais plus tenaces, plus épais et toujours mêlés de sang. Toute la bouche et l'intérieur de la gorge sont recouverts d'un enduit sale, répandant une odeur infecte. La face est plus gonflée ; elle est recouverte de croûtes brunes, provenant des pustules confluentes desséchées. La peau dans les intervalles est d'un rouge sombre, livide même en quelques endroits. Les lèvres et les dents sont noircies par des fuliginosités. Le beef-tea et le vin sont encore aisément avalés. Urines toujours coagulables. Pouls à 100, faible. *Donner une demi-tasse de beef-tea et les trois quarts d'une cuillerée de vin toutes les demi-heures.* — 23 *novembre.* Le pouls s'est relevé. Les pustules se sont encore développées. Toutefois il en est de très petites sur le tronc et sur les membres ; elles sont confluentes en quelques endroits. La face est recou- d'une croûte brune excoriée au-dessous des paupières qui sont très gonflées et fermées. La peau est partout d'une couleur foncée, presque livide. La déglutition, quoique difficile, se fait encore. On constate un commencement de dyspnée. *Donner une cuillerée à soupe d'eau-de-vie toutes les heures. Continuer l'alimentation.* — 24 *novembre.* Mort à 6 heures du soir.

Autopsie. — Quarante-deux heures après la mort.

La surface du corps présente une éruption varioleuse abondante, formée de petites pustules plates imparfaitement remplies. Le visage est recouvert d'une croûte brunâtre sanguinolente.

Gorge et thorax. — La langue est entourée d'une croûte molle, brune, noirâtre. Toute la muqueuse du voile du palais, les amygdales, l'isthme du gosier et le pharynx sont recouverts d'un exudat grisâtre, offrant une nuance brune en certains endroits. Quand on enlève cette croûte, on aperçoit le tissu muqueux ramolli et d'un rouge d'acajou. L'épiglotte est très vasculaire et en partie recouverte par la même membrane, laquelle s'étend de là jusqu'à l'œsophage, envahit tout le larynx, la trachée et pénètre même jusque dans les premières divisions des bronches. La plèvre droite présente des adhérences chroniques. Le tiers inférieur du poumon droit, en arrière, est induré, infiltré de sang extravasé et présente sur une surface de coupe une couleur sombre d'un rouge violacé. Un certain nombre d'autres amas de sang coagulé, dont le volume est intermédiaire entre la grosseur d'une noisette et celle d'une noix, sont disséminés dans toute l'étendue des deux pou-

mons. Les bronches sont partout remplies d'un liquide sale, purulent. Le cœur et le péricarde n'offrent rien d'anormal.

Les caillots de sang sont partout très mous.

Abdomen. — Les organes abdominaux sont intacts. La rate est ferme.

Commentaire. — Les deux observations relatées ci-dessus nous offrent, à des degrés différents, des exemples d'une affection qui, bien que connue anciennement sous les noms d'ulcère putride de la gorge, d'angine maligne, etc., a été désignée de nos jours, sous le nom de diphthérite par Bretonneau (aujourd'hui diphthérie, de διφθερις), à cause de l'aspect parcheminé de la membrane qui recouvre la muqueuse de l'isthme du gosier, et du pharynx. Cette affection se présente sous une forme épidémique, affecte une marche rapide, paraît être contagieuse et produit une altération profonde de l'économie, ce qui la fait considérer généralement comme une maladie du sang. Tout au début, elle se distingue difficilement de l'amygdalite ou mal de gorge ordinaire. Mais lorsqu'elle affecte un certain nombre d'enfants vivant ensemble, spécialement dans les écoles, on devra s'en défier chaque fois qu'on remarquera une tendance à l'ulcération ou à la gangrène. Dans les cas graves, une couche de matière consistante, d'un gris sale, s'étend rapidement sur les amygdales, sur la luette et dans le pharynx. Souvent même elle envahit la cavité buccale, les fosses nasales ou même le larynx et la trachée. Elle s'accompagne ou non de réaction fébrile; mais tôt ou tard elle finit par amener l'épuisement par suite de la difficulté qu'elle apporte dans la nutrition. M. Wade, de Birmingham, a signalé la présence de l'albuminurie comme une complication fréquente. Cette affection est très rare à l'Infirmerie Royale; à part les cas dont nous venons de parler, je n'en ai rencontré qu'un autre également associé à la variole. Toutefois, dans la clientèle privée à Edimbourg, elle est plus fréquente. Je n'ai jamais vu l'exudat membraneux contenir de fungus, comme l'ont écrit certains auteurs, quoique je sois familier avec le fungus du muguet, si commun dans les hospices d'enfants trouvés et qu'on pourrait très bien confondre avec la diphthérie. (Voir fig. 53).

Pour ce qui est du traitement, je n'ai jamais retiré aucun avantage des cautérisations avec le nitrate d'argent, soit solide, soit en solution. Au contraire, je crois que l'eau glacée, au début, et plus tard les inhalations de vapeurs sont beaucoup préférables. Des cataplasmes à l'extérieur et des diurétiques à l'intérieur lorsqu'il y a albuminurie sont directement indiqués. (Voir t. II, p. 479). Avant tout il faut soutenir les forces à l'aide d'aliments et d'agents réparateurs, afin de gagner du temps et de permettre à la maladie d'achever son cours. Chez le malade de l'observation CCLXXIII, je crois que la vie a été sauvée grâce à l'usage des lavements nutritifs durant toute une semaine. Le dernier cas rapporté est un des plus graves que j'aie vus; d'ailleurs son étendue, pour ne pas parler de la complication varioleuse et pulmonaire, avait fait craindre dès le début une terminaison fatale. J'ai vu aussi la diphthérie accompagner la scarlatine. Lorsque le larynx est affecté et que la respiration est entravée, on doit recourir à

la laryngotomie, opération qui a permis aux Drs Jenner et M'Leod, de Glasgow, et à d'autres encore, de sauver plusieurs malades. D'ailleurs l'imminence de la mort ne persiste guère que quelques jours et se prolonge rarement au-delà d'une semaine. Lorsque la diphthérie se complique d'une affection des reins, elle dure souvent une quinzaine de jours. Pour plus amples informations on pourra consulter les rapports des Drs O. Greenhow et Sanderson (Public Health Reports, 1860), la clinique de Trousseau, sur la diphthérie, et l'excellente petite monographie du Dr Jenner « Diphtheria its symptoms and Treatment, » 1861.

Paralysie diphthéritique.

[Indépendamment des symptômes immédiats décrits ci-dessus, la diphthérie peut encore offrir des manifestations éloignées, portant principalement sur la motilité et sur la sensibilité, et constituant ce qu'on a appelé la paralysie diphthéritique.

A la suite de la disparition de tous les symptômes primitifs, souvent la santé se rétablit avec lenteur et imparfaitement; les sujets restent pâles et tombent dans un état de langueur et de faiblesse générale. Parfois les exsudats sont à peine disparus, le plus souvent plusieurs semaines, même un ou deux mois plus tard, la voix devient nasillarde, l'articulation des sons devient difficile, la déglutition est gênée, les aliments, surtout les boissons, refluent par les narines; les sujets ne savent plus se gargariser, ni sucer, ni enfler les joues pour souffler. Si on examine la gorge, on trouve le voile du palais pendant, immobile, et d'ordinaire insensible aux excitations. Chez beaucoup de sujets la paralysie se borne là, mais chez quelques-uns elle envahit plus ou moins, et successivement, les membres inférieurs, les bras, le tronc, le cou et jusqu'aux muscles moteurs de l'œil et de la face; des malades ont même succombé à la paralysie des muscles de la respiration. En même temps que la motilité est atteinte, la sensibilité est aussi plus ou moins émoussée : les malades se plaignent d'engourdissement, de fourmillement, de froid, surtout dans les membres envahis par la paralysie; toutefois, l'anesthésie quand elle existe n'est généralement bien prononcée que par places. Dans les cas ordinaires, même quand la paralysie est poussée très loin, le mal finit par se dissiper lentement, au bout de quelques semaines ou seulement de deux ou trois mois.

On a pourtant signalé certaines formes heureusement rares et qu'on pourrait appeler malignes, dans lesquelles les symptômes précédents sont portés rapidement à un haut degré ou s'accompagnent d'accidents ataxo-adynamiques, de vomissements, de délire, de convulsions. La terminaison, dans ces cas, est presque toujours fatale.

On a signalé aussi la paralysie des sens spéciaux, notamment de la vue et de l'ouie. Mais ici encore le mal tient à ce que les muscles impliqués dans le fonctionnement de ces sens sont atteints. Ainsi, il se rencontre des cas où tous les muscles de l'œil sont inertes; il se produit alors une

sorte de strabisme divergent peu prononcé et le regard est fixe, ce qui, avec la paresse de tous les mouvements du corps donne à la physionomie un air hagard et hébété. Cet aspect a même pu donner le change et faire croire à des lésions cérébrales, d'autant mieux que dans certains cas l'affaiblissement musculaire peut être plus prononcé d'un côté du corps que de l'autre. L'iris et le muscle de l'accommodation se paralysent; la pupille reste largement dilatée, immobile, et les sujets sont frappés d'amblyopie apparente. Cependant, cette dernière tient bien plutôt à la paralysie de l'accommodation qu'à la diminution de la sensibilité de la rétine. L'examen ophthalmoscopique du fond de l'œil n'y révèle aucune lésion, même quand il y a albuminurie; d'ailleurs, il suffit de placer au-devant des yeux des verres convexes appropriés pour rétablir la netteté de la vision. On a écrit, pourtant, que certains malades loin d'avoir offert de la presbytie (diminution du pouvoir accommodatif), avaient au contraire présenté de la myopie; la preuve en était, disait-on, qu'ils ne pouvaient plus voir de petits objets que de très près. Il nous est arrivé de rencontrer un cas semblable chez une petite fille de huit ans; mais chez elle, comme chez les autres, l'application de verres convexes convenables rendit la vision de près distincte. Il se faisait donc, tout simplement, comme on l'observe chez certains hypermétropes, que cette enfant rapprochait les objets de l'œil non pour avoir des images nettes, mais pour les avoir grandes. En général, la vision de près est seule indistincte, les objets éloignés restent nettement perçus. Cependant, certains sujets doivent faire encore une exception apparente : ce sont les hypermétropes dont le *punctum proximum* de la vision distincte peut, par suite de la paralysie accommodative, être reporté au-delà de l'infini. Ces malades ne voient nettement à aucune distance et on a pu les croire atteints d'amblyopie.

On emploie généralement le terme de paralysie pour désigner ces accidents consécutifs de la diphtérie; toutefois, l'abolition de la mobilité et de la sensibilité n'est peut-être jamais complète et les muscles atteints répondent encore à l'excitation électrique. C'est pour cette raison que certains auteurs ont voulu remplacer le terme de paralysie par celui de parésie.

Un fait bien intéressant à noter, c'est que ce ne sont point les cas où les manifestations primitives ont été le plus graves, qui présentent les accidents consécutifs les plus sérieux. Nous avons vu, dans une même épidémie, des sujets ayant eu le pharynx, les fosses nasales, la bouche, les lèvres et même plusieurs points de la face envahis par des exsudats diphthéritiques épais et ayant persisté longtemps, avoir à peine du relâchement du voile du palais, tandis que chez un autre malade âgé de sept ans, chez qui l'exsudat avait été si léger et avait complétement disparu en deux ou trois jours, que nous nous étions demandé s'il n'y avait pas eu là une angine simple, trois semaines après se manifestait une paralysie des plus graves. En peu de jours elle envahit le voile du palais, même la langue, les membres inférieurs, les bras, le tronc, le cou, les

muscles oculaires et palpébraux, le tout accompagné des symptômes les plus alarmants, qui ne semblaient laisser aucun espoir. Le malade se rétablit néanmoins, seulement sa convalescence n'exigea pas moins de trois mois.

La cause de la paralysie diphthéritique nous est encore inconnue, comme aussi la raison qui fait qu'elle se montre chez tel individu et non chez tel autre. Même la paralysie du voile du palais n'est pas explicable par le fait que cet organe aurait été le siége de l'inflammation spécifique, car on l'a constatée dans des cas où l'exsudation diphthéritique avait envahi seulement un point du corps très éloigné.

Au reste, ce ne sont point là les seuls desiderata de la pathologie de cette insidieuse affection. On ne connaît nullement les lésions anatomiques qui en déterminent les symptômes nerveux. Enfin, il n'y a pas jusqu'aux caractères des pseudo-membranes qui ne soient mal définis et dont l'incertitude n'ait plusieurs fois induit en erreur les observateurs les plus expérimentés.]

P. L.

SYPHILIS ET EMPOISONNEMENT MERCURIEL.

Obs. CCLXXV (1). — *Ulcérations syphilitiques de la face.*

Anne Bruce, 24 ans, se présente à l'Infirmerie le 10 janvier 1852. Tout son visage, le cou et le haut de la poitrine sont recouverts de croûtes pustuleuses arrondies qui lui donnent un aspect repoussant. Le diamètre de ces croûtes varie entre celui d'une pièce de cinquante centimes et celui d'une pièce de deux francs; en quelques endroits elle forment même d'assez larges plaques par suite de la confluence de plusieurs d'entre elles. Quelques-unes forment des incrustations saillantes, dures et sèches; d'autres sont molles, et, de leur base, suinte un pus fétide. Plusieurs aussi se sont détachées, laissant à leur place des ulcérations circulaires et de mauvaise nature. La peau restée libre dans les rares intervalles, est d'une couleur de feu et toute ridée par les cicatrices. La lèvre inférieur est gonflée et renversée en dehors; la paupière supérieure est également renversée et ulcérée. Les os du métacarpe et de la main gauche sont le siége d'un gonflement inflammatoire, et le tégument qui les recouvre est rouge et douloureux. Aucune ulcération dans la gorge ni d'autre manifestation, à part une grande faiblesse et un aspect cachectique particulier.

La malade nous raconte son histoire de la manière suivante. — Il y a environ cinq ans elle contracta des ulcères primitifs de son mari, qui avait rapporté des Indes occidentales une syphilis à forme très maligne. Peu de temps après, survint sur la peau une éruption de petites pustules qui disparurent assez rapidement et laissèrent à leur place des taches; quelques-unes de celles-ci s'ulcérèrent et toutes s'effacèrent lentement. Dix-huit mois après la manifestation des premiers symptômes, une assez large tache se montra sur le menton; alors, justement alarmée, elle vint à Edimbourg. Le médecin qu'elle consulta lui fit suivre un traitement mercuriel et lui entretint une salivation durant six semaines. Les ulcères de la face, au lieu de se cicatriser lentement comme avaient fait les premiers, s'agrandirent et se multiplièrent; six mois plus tard, on provoqua une nouvelle salivation pendant quatre

(1) Recueillie par M. Douglas, élève du service.

semaines; bientôt l'ulcération fit de nouveaux progrès, et envahit toute la partie inférieure de la face. La malade se décida alors à entrer à l'Infirmerie. Elle assure n'avoir jamais pris de mercure, hormis dans les deux circonstances susmentionnées. Au bout d'un bon mois d'applications émollientes sur les parties malades, et avec l'aide de petites doses d'iodure de potassium à l'intérieur, elle se trouva en état de quitter l'établissement. Cependant, six semaines après sa sortie, s'étant exposée au froid et à l'humidité, les taches et les ulcères reparurent sur la face et envahirent graduellement le cou et la poitrine, comme nous venons de le dire. On prescrit 0,25 *centigrammes d'iodure de potassium dans* 200 *grammes d'infusion composée de gentiane, additionnée de* 30 *grammes de teinture de cardamome.* On pause la face avec une solution de sulfate de zinc, puis avec une solution de chlorure de chaux et, en dernier lieu, avec une pommade à l'iodure de plomb. Peu à peu l'aspect des ulcères s'est amélioré, le mal a cessé de faire des progrès et la cicatrisation marche si bien que, le 19 février, la malade veut nous quitter. Je l'ai revue au mois de juin ; toute la face était recouverte de cicatrices, mais il ne restait plus la moindre ulcération.

Commentaire. — Il est rare, heureusement, de rencontrer des cas de syphilis mercurielle aussi graves que celui-ci. Il égalait pour le moins, comme horreur, les sujets représentés dans l'ouvrage de Devergie. Vous aurez remarqué qu'avant de prendre du mercure, la malade avait eu de fréquentes éruptions furonculeuses ; toutefois ces éruptions disparaissaient assez vite, mais du moment que l'économie fut saturée de mercure, les ulcères, loin de tendre à la guérison comme auparavant, ne tardèrent pas à s'étendre avec une rapidité effrayante. Ce sont de ces faits que devraient méditer les partisans à outrance de la médication mercurielle.

Obs. CCLXXVI (1). — *Laryngite syphilitique.*

Margaret Dickie, corsetière, âgée de 25 ans, se présente à l'Infirmerie le 9 septembre 1851, se plaignant d'une toux fréquente, d'hémoptysie, d'une expectoration purulente copieuse et parfois de vomissements. Elle a des transpirations excessives toutes les nuits, et sa santé générale s'est beaucoup affaiblie, par suite du manque de sommeil et de la fatigue résultant de la toux. En reprenant le service de la clinique dans les premiers jours de novembre, je trouvai la malade avec une potion acide contre la transpiration, une potion pectorale contre la toux, un vésicatoire sur la poitrine et de l'huile de foie de morue par dessus le marché. La percussion, aidée d'une auscultation attentive, ne me fit découvrir aucune lésion dans la poitrine. J'examinai alors le gosier et je trouvai les piliers du voile du palais recouverts d'un mucus purulent et offrant, çà et là, des follicules rouges et saillants. La toux est convulsive, la voix est rauque et voilée; quand on place un stéthoscope sur le larynx, on perçoit un bruit retentissant au moment de l'inspiration. En conséquence, je diagnostiquai une laryngite et, sachant que j'avais affaire à une femme de mauvaise vie, habituée à des excès de boisson, toutes les probabilités me parurent en faveur d'une laryngite syphilitique. Je touchai largement la gorge avec une solution de nitrate d'argent au quinzième. Cette opération fut répétée le jour suivant; cette fois, le caustique fut même porté jusque sur la glotte, ce qui occasionna un accès de toux convulsive. Je continuai à passer l'éponge dans le larynx tous les deux ou trois jours, durant le mois de novembre. La cautérisation déterminait dans les premiers temps de violents accès de toux, mais ils diminuèrent peu à peu. En somme, pourtant, l'amélioration n'était pas encore très sensible, bien

(1) Recueillie par M. C. D. F. Philips, élève du service

que l'expectoration et la toux eussent diminué. Les cautérisations furent alors suspendues, mais on ne tarda pas à devoir y revenir par suite de l'aggravation de tous les symptômes, particulièrement de l'abondance de l'expectoration à laquelle se mêlaient des stries de sang, et à cause de l'insomnie occasionnée par l'intensité de la toux. En même temps, on eut recours à l'application de quelques vésicatoires au-devant du larynx et on ne tarda pas à noter une nouvelle amélioration. Cependant, au bout de quatre semaines de ce traitement, combiné avec l'usage interne d'iodure de potassium et d'infusions amères, la malade ne faisant plus de progrès et réclamant d'ailleurs sa sortie, fut congédiée le 7 janvier 1852.

Commentaire. — La laryngite est une des formes secondaires les plus communes de la syphilis, comme l'indique la voix rauque et cassée que l'on remarque si communément chez les prostituées. Le traitement local à l'aide de l'éponge imbibée d'une solution de nitrate d'argent ne paraît pas aussi efficace dans ces cas que dans ceux de laryngite simple ; toutefois, ses effets ne sont point pour cela à dédaigner.

Obs. CCLXXVII (1). — *Rupia syphilitique suivi de kéloïdes sur les cicatrices. — Psoriasis syphilitique.*

Commémoratif. — John Young, âgé de 24 ans, chaudronnier, natif de New-Monkland, entré à l'hôpital le 29 novembre 1858, raconte qu'il s'est toujours bien porté ; seulement, il y a dix-huit mois, il contracta un chancre à Kilmarnock, où il habitait à cette époque. Ce chancre, situé sur le prépuce, fut traité par des applications externes de lotion-noire et on fit prendre au malade des pilules qui, croit-il, contenaient du mercure. Au bout d'une semaine de ce traitement l'ulcère était fermé ; il vint alors à Leith et, quinze jours plus tard, il remarqua un nouvel ulcère exactement à la place où le premier s'était montré. Il vint à l'infirmerie et fut reçu dans les salles de chirurgie (31 juillet 1857), où on lui donna des pilules qui lui occasionnèrent une inflammation de la bouche et des gencives ainsi qu'une salivation ayant duré environ trois semaines. Il avait aussi des ulcères à la gorge, où il fallut faire de nombreuses applications de caustique. Quant à l'ulcération sur le prépuce, on y fit appliquer la lotion-noire (Black-wash) (2). A la suite de ce traitement le malade prit pendant un certain temps de l'iodure de potassium. Durant son séjour à l'hôpital, il eut une poussée éruptive qui ne peut être que du rupia comme le prouvent les nombreuses et larges cicatrices disséminées sur toute la surface du corps. Cependant, son état s'amenda rapidement et on le congédia après un traitement de six semaines. Au moment où il quitta l'infirmerie, il paraîtrait pourtant qu'il portait encore un certain nombre de croûtes de rupia disséminées parmi tout le corps. Il se rendit alors à Motherwell, où le mal de gorge le reprit ; de nouvelles pustules de rupia se formèrent et bon nombre de croûtes et d'ulcérations antérieures s'agrandirent ; survint alors une surdité qui dura huit ou dix jours. Il alla consulter un médecin qui lui séringua les oreilles avec du lait et de l'eau, et lui prescrivit un médicament qui lui fit beaucoup de bien, dit-il, durant tout le temps qu'il s'en servit. Quinze semaines plus tard, étant à Cumbernauld, il acheta une brochure d'un charlatan, dans laquelle il trouva une formule où il entrait de la salsepareille et de l'iodure de potassium, et il a pris ce médicament avec confiance jusqu'aujourd'hui. Il n'a pas guéri son mal, dit-il, mais il l'a empêché d'empirer. Il y a six mois, des taches de psoriasis se montrèrent au cou, sur les épaules, et

(1) Recueillie par M. T. A. Carter, élève du service.
(2) Mixture mécanique de calomel et d'eau de chaux.

bientôt après sur diverses autres régions du corps. Il y a trois mois, un médecin tenta vainement de lui inoculer le virus de la syphilis, par trois reprises différentes, à des intervalles de huit jours. La matière employée était desséchée et conservée entre deux lames de verre.

Symptômes a l'entree. — Tout le corps est parsemé de cicatrices rondes et ovales de rupia, nombreuses surtout sur les cuisses, plus rares sur la poitrine et sur l'abdomen et assez générales sur tout le dos. Dans cette dernière région et sur les bras, plusieurs des cicatrices présentent à leur centre une saillie charnue plus ou moins forte. Celle-ci occupe même toute l'étendue de certaines cicatrices. Dans ce dernier cas, les saillies constituent des espèces de tumeurs rosées ou charnues, dont la surface unie est élevée de trois à six millimètres au-dessus du niveau de la peau. Leur diamètre varie d'un demi-centimètre à deux centimètres et demi; leur forme est ronde et ovale et leur consistance est ferme et même indurée. Les plus fortes, parmi ces tumeurs, sont situées sur l'épaule gauche et on en compterait une douzaine sur le cou, sur le dos et sur les extrémités supérieures. La poitrine, le ventre et les membres inférieurs n'en présentent point. On remarque en même temps des taches irrégulières de psoriasis, disséminées sur la tête, sur le cou, sur l'abdomen. Sur deux des plus grandes taches, il s'est formé des ulcères irréguliers, ayant un fort centimètre de large et recouverts de croûtes brunes, proéminentes. Les épaules, le dos, la poitrine et la face sont le siége de nombreuses petites pustules semblables à celles de l'acné; plusieurs de ces pustules paraissent sur le point de s'ouvrir. Les autres appareils n'offrent rien d'anormal. On prescrit *trente centigrammes d'iodure de potassium, à prendre trois fois par jour*, et on fait appliquer *la pommade au goudron sur les taches de psoriasis, matin et soir.*

Marche de la maladie. — La médication précédente fut continuée pendant deux mois. Les taches de psoriasis perdirent peu à peu leurs écailles et prirent l'aspect de macules cuivrées; enfin, grâce à l'usage de quelques bains, la peau intermédiaire s'est beaucoup éclaircie et l'acné a totalement disparu.

En reprenant le service, le 1er mai, je retrouvai cet homme dans l'établissement. Dans l'intervalle, on lui avait administré de l'iodure de potassium, de l'arsenic et du bi-chlorure de mercure durant des périodes plus ou moins longues. Quant aux ulcères et aux taches, un certain nombre avaient été traités par des applications de nitrate d'argent et de sulfate de cuivre en solution. En somme, l'état général était beaucoup meilleur, les taches de psoriasis avaient pris le caractère de verrues ou de papillômes d'un rouge brunâtre. L'affection n'ayant pas de chance de se modifier avant longtemps, et le malade désirant s'en aller, on le congédia le 11 mai.

Commentaire. — Ce cas nous offre un exemple assez frappant de l'inutilité du mercure et peut-être même de son influence pernicieuse sur l'économie. Qui oserait dire, en effet, que les affections pustuleuse et squameuse n'ont eu aucun rapport avec les effets de cet agent? Ces kéloïdes étaient évidemment des tumeurs fibro-vasculaires, formées sur les cicatrices, et ne donnant lieu à aucun inconvénient quelconque. Rarement, j'ai vu la peau d'un jeune homme défigurée à ce point, présentant à la fois de larges cicatrices circulaires et ovales ayant succédé au rupia, de petite tumeurs rosées et de larges macules de couleur de cuivre, disséminées partout.

La littérature de la syphilis est extrêmement riche. L'origine du mot lui-même, le lieu de provenance de la maladie, l'époque de sa première apparition dans l'ancien monde, sa marche et l'identité de ses diverses formes aux différentes époques : tout cela a fourni matière à de longs

débats. Même de nos jours, sa nature exacte et le traitement qu'il convient de lui appliquer soulèvent encore de vives discussions. Les faits relatés le sont avec des interprétations si diverses, les doctrines et les préjugés d'école sont tels qu'il est fort difficile d'avoir une opinion bien arrêtée, sinon tout-à-fait exacte.

Ricord, après avoir si longtemps soutenu les idées de Hunter, s'est prononcé, en 1857, pour l'existence de deux virus vénériens : l'un produisant le *chancre mou*, l'autre donnant lieu au *chancre induré*. Les opinions de Sigmund, de Vienne, de Von Baerensprung, de Berlin, de Rollet et de Diday de Lyon, de Michaelis et d'un grand nombre d'autorités en cette matière, toutes fondées sur un grand nombre d'observations, d'expériences et d'inoculations, sont des plus contradictoires. Faut-il admettre un seul ou deux virus? restent-ils toujours séparés ou sont-ils susceptibles de se combiner pour produire des *chancres mixtes?* Aucune de ces questions n'est définitivement résolue; aussi, dans l'état actuel de la science, on ne saurait trop être sur ses gardes quand il s'agit de donner sur ce sujet des conclusions positives.

On ne s'étonnera donc point qu'en ce moment où la question est pour ainsi dire reprise *ab ovo* nous nous abstenions de traiter *ex professo* un sujet aussi compliqué, auquel il serait d'ailleurs impossible de donner tous les développements qu'il comporte dans un ouvrage général. Nous nous bornons donc à quelques observations propres à laisser préjuger au lecteur nos opinions actuelles relativement à cet important objet.

Le point principal sur lequel je veuille appeler l'attention c'est sur l'emploi ou pour mieux dire sur l'abus du mercure dans le traitement de la syphilis.

Pour moi, j'en suis convaincu, les sujets, dont l'organisme est imprégné de mercure, sont fréquemment affectés d'ulcères que l'on prend tous les jours pour des ulcères syphilitiques. Le cas suivant, dont j'ai été témoin il y a plus de trente-cinq ans, est un des premiers qui ont appelé mon attention sur ce sujet. Une petite fille, âgée de 7 ans, venait d'entrer à l'hôpital chirurgical en 1856. Elle avait, sur la partie moyenne du tibia, un ulcère arrondi ayant tous les caractères de l'ulcère vénérien, décrit par Hunter. D'après les renseignements recueillis, il paraît que l'enfant avait souffert de dérangements intestinaux, et la mère avait jugé bon d'aller chez un droguiste, demander des poudres purgatives. On lui remit 12 paquets d'une poudre blanche très fine; elle en donnait un le matin et un le soir; au bout de quatre jours survint une salivation abondante; cependant, on n'en continua pas moins de donner les poudres restantes, ce qui produisit un état cachectique. Sur ces entrefaites, l'enfant reçut un coup violent sur la jambe, et c'est à la suite de cet accident que se produisit l'ulcère mentionné. Jamais il n'y avait eu de trace de syphilis dans la famille et tous les parents étaient en parfaite santé. Le professeur de clinique, le regretté Syme, déclara publiquement que, si cette enfant avait eu dix-sept ans au lieu de sept, trompé par les apparences, il aurait cru à un ulcère syphilitique.

Il y a quelques années, mon attention fut attirée, au musée de l'Université, sur le squelette d'un chien présentant tous les caractères des os affectés de syphilis tertiaire. Voici du reste l'histoire du dit chien. Cet

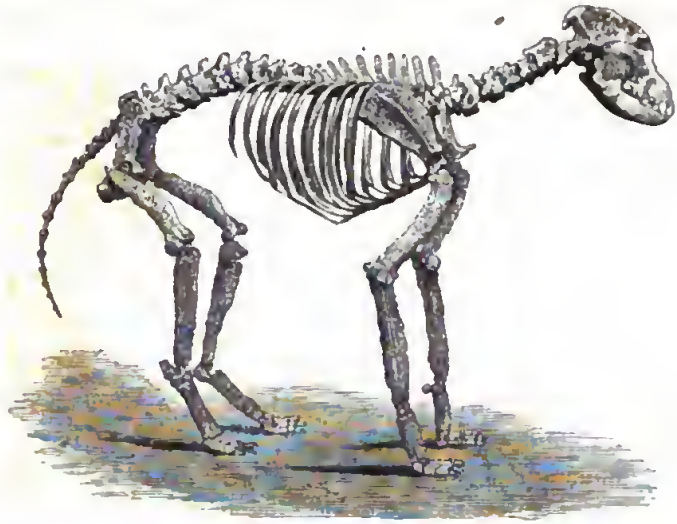


Fig. 572

animal vivait, il y a vingt ans, à Carruber's Close, dans la boutique d'un certain M. Ballantyne, peintre décorateur qui faisait la laque du Japon et qui se servait journellement de vermillon. Le chien, qui ne sortait jamais, avait pris goût à lécher le vermillon des peintures, et, nécessairement ingéra ainsi une grande quantité de mercure qui finit par causer sa mort. Son cadavre fut disséqué, et on trouva dans les poumons et dans les viscères abdominaux, un grand nombre de noyaux d'aspect cancéreux. Le squelette, plus intéressant encore, fut conservé, et nous en donnons le dessin. On observera que la diaphyse des os longs et non leurs extrémités était seule attaquée (fig. 572.) Les altérations des os ressemblent extrêmement à celles observées sur un grand nombre de spécimens osseux considérés comme syphilitiques (fig. 573

Fig. 573.

Fig. 574.

Fig. 572. Squelette d'un chien empoisonné par le mercure. *Cinquième de grandeur.*
Fig. 573. Exostose du fémur du même chien.
Fig. 574. Intérieur du même os. *Demi grandeur.*

et 574). Cependant, chez ce chien, nous avons la preuve positive que la lésion a été produite par le mercure, puisque, d'ailleurs, on n'est jamais parvenu à inoculer la syphilis à l'espèce canine.

On sait parfaitement aujourd'hui que le mercure est un poison qui produit un état cachectique et des ulcérations secondaires parmi tout le corps, ulcères presque toujours pris pour des effets de la syphilis. Il arrive donc que le mercure donné dans le but de guérir des ulcères primitifs produit des désordres constitutionnels ressemblant à s'y méprendre à ceux de la syphilis; on insiste alors sur l'administration du poison, et de la sorte on entretient le mal, si même l'on n'achève de miner la constitution.

Traitement de la syphilis.

Deux courants d'idées se partagent aujourd'hui la pratique à l'égard du traitement de la syphilis. Les uns lui opposent les moyens simples ordinaires; les autres ne la croient justiciable que du mercure. Cependant le premier entraîne de plus en plus l'opinion médicale, et le temps n'est pas éloigné où un petit nombre de partisans arriérés du mercure le réservera seulement pour les cas invétérés. Toutefois, un grand nombre de malades que nous voyons en ont pris des quantités plus ou moins fortes et il reste alors à combattre les effets du remède non moins que ceux de la maladie.

Le *traitement simple* de la syphilis comprend des moyens internes ou médicaux et des moyens externes ou chirurgicaux. La médication interne consiste dans l'observance de certaines règles d'hygiène et dans l'emploi de certains agents thérapeutiques. Le régime devra être doux et pas trop substantiel, l'excès de viande et surtout des viandes fortes et échauffantes s'opposant à la guérison; même en se bornant à une nourriture légère, le malade ne doit jamais satisfaire pleinement son appétit. On sait en effet que la syphilis est généralement moins grave dans les pays chauds, où l'alimentation est moins riche et surtout composée de substances végétales. Le régime devra être restreint proportionnellement à la jeunesse et à la force du patient. Des boissons diluantes, telles que les décoctions d'orge, de réglisse, de graines de lin seront prises en abondance, même jusqu'à concurrence de plusieurs litres par jour, soit pures, soit avec du lait. Dans les cas aigus, il sera exigé un repos absolu; on condamnera même le malade au lit. La constipation sera combattue à l'aide de lavements émollients et de laxatifs légers. La température de l'appartement sera maintenue à un degré uniforme; cette précaution est indispensable dans les cas chroniques, consécutifs aux accidents mercuriels. L'exercice n'est utile que durant la convalescence. Dans les cas chroniques, cependant, il est souvent avantageux de le porter jusqu'à la fatigue. Des bains tièdes répétés trois ou quatre fois par jour produisent constamment de bons effets.

Pour ce qui concerne le traitement local ou externe, on ne saurait trop

insister sur les soins de propreté. Les décoctions émollientes ou fomentations, ou encore les pansements avec du cérat simple, sont les meilleurs moyens à recommander; toutefois, les pansements ne doivent pas être trop fréquents. J'ai eu à me louer beaucoup de l'emploi local d'une solution concentrée d'opium, dans la proportion d'une partie sur quatre d'eau; cette application calme, dans tous les cas, l'irritabilité excessive. Lorsque la suppuration est modérée et que la surface de l'ulcère est nette, des pansements stimulants au sulfate d'alumine ou de cuivre, au nitrate d'argent ou au sous-acétate de plomb favorisent la cicatrisation.

Dans les cas invétérés, surtout contre les manifestations tertiaires, l'iodure de potassium, introduit dans la pratique par le Dr Wallace, de Dublin, produit généralement les meilleurs résultats. On le donne à la dose de trente centigrammes et plus, trois fois par jour; en même temps on prescrit des applications émollientes sur les parties affectées.

Le *traitement mercuriel* consistait à entretenir une légère salivation au moyen de l'administration interne de pilules bleues ou de quelque autre préparation mercurielle; on y adjoignait parfois des frictions ou des fumigations mercurielles au moins durant un mois. Dans ces dernières années on a employé des doses beaucoup plus faibles, de manière à produire des effets à peine appréciables; seulement on en prolonge plus longtemps l'usage. L'action physiologique du mercure ne manque guère de se manifester quand on l'emploie assez longtemps, quelle que soit la préparation dont il s'agisse. En le combinant avec l'opium, on amoindrit son action sur le tube digestif, mais pour l'accentuer dans le reste de l'économie.

Durant la période de salivation, il est important que le malade ne s'expose point au refroidissement. Une certaine irritabilité générale, l'état douloureux des gencives, un goût métallique dans la bouche, pour ne rien dire de la salivation profuse qui survient parfois, contribuent à rendre cette méthode de traitement extrêmement désagréable pour le patient.

Les deux modes de traitement exposés ci-dessus ont été largement pratiqués et comparés l'un avec l'autre. En 1822, le Conseil royal d'hygiène, en Suède, fut chargé par le roi de faire une série d'expériences sur les différents modes de traitement des maladies vénériennes, et il fut enjoint à tous les hôpitaux civils et militaires de faire à ce sujet des rapports annuels. Ces rapports s'accordent à signaler les inconvénients du traitement mercuriel et à vanter les avantages du traitement simple. 40.000 malades en traitement dans les hôpitaux de Suède, furent soumis moitié au traitement mercuriel, moitié à la médication simple : la proportion des récidives parmi les premiers fut de $15\frac{2}{3}$ p. c., et parmi les seconds $7\frac{1}{2}$ p. c. Le Dr Frike commença, en 1828, une série d'expériences sur ce même sujet à l'hôpital général de Hambourg. Dans un laps de quatre années, il eut en traitement 1649 malades des deux sexes. 582 furent soumis au traitement mercuriel mitigé, et 1067 ne prirent pas de mercure. La durée moyenne du traitement fut, avec la première méthode, de

85 jours, et seulement de 51 avec la dernière. Ce médecin a trouvé qu'avec le traitement mercuriel les récidives sont plus fréquentes et les accidents secondaires plus graves. Les malades qui ne prirent pas de mercure eurent moins d'accidents et les eurent moins sérieux. Cet auteur dit quelque part qu'il a traité plus de 5000 malades sans mercure, et qu'il est encore à chercher un seul cas où cet agent puisse être employé avec avantage. A la faveur de ce traitement, il n'a jamais observé ni carie, ni chute des cheveux, ni douleurs ostéocopes, et tous les malades qui lui ont offert ces symptômes avaient pris de grandes quantité de mercure.

En 1833, le Conseil d'hygiène, en France, publia les rapports qui lui avaient été adressés par les médecins et par les chirurgiens attachés aux régiments et au service des hôpitaux militaires dans les diverses villes de la France. Un certain nombre de ces rapports sont favorables à un traitement mercuriel modéré; d'autres se prononcent pour le traitement simple. Tous s'accordent à dire que la convalescence, à la suite de l'administration du mercure, est d'un tiers plus longue que par les autres traitements. A Strasbourg, on donnait les préparations mercurielles seulement dans les cas très rebelles. De 1831 à 1834, 5271 sujets furent traités de la sorte, et le nombre des récidives et des affections secondaires ayant exigé l'emploi du mercure fut très restreint. Pas un seul cas de carie ne fut observé et seulement quelques cas d'exostose. Il y a tout lieu de se fier à ces renseignements, attendu que les régiments en garnison à Strasbourg y restaient toujours cinq ou six ans.

Les diverses statistiques publiées jusqu'à ce jour ont trait à plus de 80,000 cas soumis à ces expériences comparatives. Il en résulte clairement que la syphilis, traitée sans mercure, guérit plus vite et avec moins de chances d'accidents secondaires qu'avec cet agent même.

On s'accorde généralement à reconnaître ces faits aujourd'hui; aussi les syphilis malignes ont-elles graduellement disparu. Il y a trente ans, alors qu'on employait régulièrement le mercure jusqu'à salivation, on observait les accidents secondaires et tertiaires les plus épouvantables. Aujourd'hui ce sont des exceptions fort rares. Dans certains pays, grâce à de sages réglements de police, le mal est infiniment moins grave qu'il ne l'est ici, même en Écosse où, d'ailleurs, sous l'influence salutaire d'un traitement plus doux, il perd chaque jour de sa virulence.

Tout en nous félicitant de cette importante révolution pratique, nous ne pouvons nous défendre de rendre hommage à ceux qui ont eu la hardiesse de la faire. Nous citerons entre autres, en Angleterre, Fergusson, avec les autres chirurgiens de l'armée qui l'ont mis en œuvre durant la campagne péninsulaire (*Medico. Chir. Trans.*, vol. 4), et M. Rose, chirurgien aux Coldstream Guards (Ibid., vol. 8.) En Ecosse, les écrits et les leçons de feu John Thomson, professeur à notre université, ont beaucoup contribué à convaincre les praticiens des dangers du mercure dans le traitement des maladies vénériennes. En Angleterre, où les idées huntériennes sont profondément enracinées, et en Irlande, où elles ont été soutenues

surtout par Carmichael et par Collis, le mercure conserve encore beaucoup de partisans. Les innombrables expériences faites à l'étranger seraient suffisantes pour convaincre les plus sceptiques. Au surplus, que l'on compare ce que la syphilis est aujourd'hui avec ce qu'elle était autrefois en Ecosse, que l'on n'oublie pas surtout qu'à moins d'empoisonnement par le mercure, nous ne rencontrons jamais de cas aussi graves que ceux rapportés dans les observations CCLXXV et CCLXXVII et l'on restera convaincu de l'inutilité, même des dangers du mercure dans le traitement de la syphilis.

Quelques esprits aventureux, en France, en Italie et en Norwége, ont imaginé, sous divers prétextes, de faire l'inoculation du virus syphilitique, ce qu'ils appellent la syphilisation. L'observation CCLXXVII fait mention d'une tentative de ce genre. Ceux d'entre vous que la chose intéresserait peuvent consulter divers articles publiés par les Drs Murchison et Lindsay, dans *Edinburgh Monthly Journal*, juin 1852, p. 575, et novembre 1857, p. 407. Voir aussi *British and Foreign Medico-Chirurgical Review*, Vol. 45, p. 118, ainsi que la brochure du Dr Boeck, intitulée : « *De la syphilisation : état actuel et statistique*, » 1860.

Ce n'est pas seulement dans la syphilis que l'on a fait un emploi abusif des mercuriaux; depuis longtemps on les donne avec moins de raison encore à titre d'excitants des fonctions du foie ou de cholagogues. Ce second point de vue mérite bien d'arrêter un instant notre attention.

Obs. CCLXXVIII (1). *Stomatite mercurielle répétée. — Abcès du foie. — Rupia et eczéma. — Bronchite et phthisie commençante.*

Commémoratif. Nicolas Holden, soldat, âgé de 30 ans, est admis à l'Infirmerie le 26 novembre 1867. Il raconte qu'il a servi à l'armée des Indes, en 1858, et qu'il y a souffert de diverses petites indispositions. Ce fut après l'entrée des troupes à Ihansi, au commencement de 1862, qu'il remarqua trois petits ulcères sur le prépuce, mais au bout de quinze jours ils étaient guéris. Environ trois mois après, se trouvant à l'hôpital ayant de la diarrhée et des vomissements, le pharmacien lui fit prendre deux pilules; mais comme il ne parvenait pas à les avaler, il les garda dans la bouche jusqu'à ce qu'elles fussent fondues. Le lendemain matin, la langue, les gencives et tout l'intérieur de la bouche étaient le siége d'un fort gonflement; il y avait une salivation profuse et les dents commencèrent à branler. Ces symptômes persistèrent au delà de deux semaines, et, depuis lors, il prétend avoir toujours eu l'intérieur de la bouche plus ou moins douloureux. Au mois de décembre 1862, lors de la marche des troupes de Ihansi à Jullender, il fit une chute de cheval qui fut suivie de l'apparition d'un gonflement dans l'aine. Cette tuméfaction disparut au bout d'une quinzaine de jours. Ni les premiers ulcères sur le prépuce ni le gonflement dans l'aine ne lui avaient jamais donné aucune inquiétude ; d'ailleurs ces deux accidents s'étaient montrés presque à une année d'intervalle et le sujet n'avait jamais soupçonné avoir eu une affection syphilitique. En 1863, il eut pour la seconde fois la fièvre intermittente; à cette occasion, il éprouva des douleurs dans la région

(1) Recueillie par MM. H. H. Carruthers élève du service, et par le Dr Hinchcliffe médecin-résident.

du foie; ces douleurs furent suivies d'un abcès pour lequel il fut traité par divers médecins et dans différentes villes. Indépendamment d'un grand nombre d'autres moyens locaux, on lui mit un séton vis-à-vis du cartilage de la septième côte droite, d'où il sortit, durant un certain temps, de la matière mêlée de sang; un jour même, il en sortit au moins une tasse. On lui fit prendre un grand nombre de pilules et des pondres blanches, jusqu'à deux et trois fois par jour. A trois reprises différentes il eut la bouche malade, ce qu'il attribue aux préparations mercurielles. Les gencives devinrent tellement spongieuses et les dents si bien ébranlées que chaque fois qu'il mangeait, il saignait plus ou moins. Au commencement de 1867, il fut mis à la réforme et renvoyé en Angleterre sur un vaisseau de la marine. Il arriva le 31 mai et fut dirigé sur l'hôpital militaire de Netley où il séjourna un mois. On lui fit faire pendant deux semaines des frictions à la région du foie avec une pommade à l'iodure rouge de mercure, et lorsqu'il fut congédié il emporta deux pots contenant de ce même onguent, dont il continua à se frotter le côté deux ou trois fois par jour. Bientôt sa bouche s'entreprit de nouveau et une éruption se montra parmi tout son corps. Vers le même temps il se mit à tousser et à expectorer; enfin, comme il allait de mal en pis, il se décida à venir à l'Infirmerie.

Symptômes a l'entrée. — Cet homme paraît épuisé et profondément cachectique; il est surtout faible et amaigri. Il se plaint d'une éruption avec démangeaisons parmi tout le corps, de douleurs dans la région hypochondriaque droite et d'une toux pénible accompagnée d'une assez forte expectoration. L'éruption à la peau consiste essentiellement en taches d'eczéma dont les dimensions varient entre la grandeur d'une pièce de cinquante centimes et celle d'une assiette. Elles sont disséminées irrégulièrement sur les membres inférieurs, sur le ventre et sur le dos; çà et là se remarquent quelques croûtes de rupia dont la base sécrète une matière épaisse, d'un vert sale. Ces taches ont des bords irréguliers, ont une coloration rouge cuivrée et sont plus ou moins recouvertes de croûtes lamineuses, sèches en certains endroits et humides ailleurs. La douleur dans la région hypochondriaque droite, s'étendant jusqu'à l'échine du dos, augmente beaucoup à la pression et à la percussion. Cette dernière nous apprend que le foie est fortement augmenté de volume, puisque son diamètre vertical mesure quinze centimètres. L'aire de matité de la rate est de onze à douze centimètres. La langue est chargée d'un enduit blanc; l'appétit est presque nul, la soif vive et les selles régulières. On note une toux fréquente ramenant chaque fois de gros crachats muco-purulents. On constate un peu de matité sous la clavicule droite et un léger excès de résonnance vocale et de rudesse des bruits respiratoires. En arrière, on retrouve la même rudesse du sommet jusqu'à la base, et çà et là des râles muqueux et sibilants. Le pouls est à 64, très faible; mais à part le défaut de sommeil la nuit, il n'existe aucun autre symptôme digne d'être noté. A l'endroit du séton dont il a été parlé, il existe une cicatrice ridée. On ne constate aucune trace de chancre ni aucune induration ganglionnaire.

Marche de la maladie. — On applique à l'éruption cutanée le traitement par les applications humides dont il a été question t. II, p. 495. Les urines examinées avec soin ne révèlent aucune lésion du côté des reins; elles ne contiennent en outre aucun des produits de la sécrétion biliaire. Cependant, le foie reste douloureux; on se contente d'y appliquer des cataplasmes. De l'huile de foie de morue et un régime substantiel même un peu stimulant sont les seuls moyens internes auxquels on ait recours. En quinze jours, toutes les croûtes de rupia s'étaient détachées, laissant à leur place une sorte d'élevure charnue semblable à une kéloïde. Plus tard, de nouvelles croûtes d'eczéma et des poussées pustuleuses de rupia se montrent de temps en temps, à mesure que les anciennes incrustations disparaissent. Ces produits morbides répandent une odeur très infecte dont sont imprégnés non seulement les objets de pansement mais tous les effets qui entourent le malade.

L'irritation et même la douleur consécutives à ces éruptions l'empêchant de reposer sur le dos, on est obligé de donner quelques *préparations hypnotiques* afin d'obtenir un peu de calme et de repos la nuit. Cependant, on administre aussi de fortes doses *d'iodure de potassium avec de la teinture de valériane*. En trois semaines, la bronchite a disparu, mais l'éruption cutanée revient avec obstination. Quant aux douleurs hépatiques elles persistent jusqu'au commencement de janvier 1868. On prescrit alors des *bains alcalins trois fois par semaine* et on constate bientôt un amendement très notable. — 15 *février*. Le malade commence seulement à rester un peu assis à côté de son lit. Quelques unes des tumeurs kéloïdes disséminées sur le tronc et sur les membres commencent de nouveau à s'ulcérer au sommet; puis, à mesure que les premières guérissent de nouvelles s'entreprennent successivement, ce qui fait souffrir le malade et le jette bientôt dans un état de faiblesse qui l'oblige de nouveau à garder le lit. *On lui donne un matelas d'eau* sur lequel il coucha jusque vers le milieu d'avril. Entretemps il a souffert de diverses complications telles que des mouvements fébriles accompagnés de frissons (11 janvier), diarrhée (21 janvier), rhumatisme (15 mars) notamment avec de la raideur du cou et gonflement des ganglions cervicaux. Vers ce temps aussi, les gencives devinrent encore une fois malades et une des dents molaires tomba. On prescrivit des gargarismes avec de la teinture de myrrhe. Le 4 *avril* survint un gonflement d'un testicule, lequel gonflement disparut au bout de trois semaines après avoir été traité à l'aide de *cataplasmes et d'un bandage suspenseur et compressif* — 17 *avril*. La percussion pratiquée sur la région du foie indique que cet organe est revenu à son volume normal, puisque la matité correspondante est seulement de dix centimètres verticalement. — 30 *avril*. Amélioration sensible : la douleur dans le côté s'est dissipée et l'éruption à la peau a complètement disparu ; seulement il reste des cicatrices à la place des ulcérations du rupia. Les forces et l'appétit se rétablissent, mais il revient parfois encore un peu de toux. Cet homme est congédié le 7 *mai*.

Rentré le 21 *janvier* 1871 (1), il raconte qu'après être sorti de l'Infirmerie au mois de mai 1868, il alla habiter l'Irlande; là, peu de temps après son arrivée, il fut pris d'un refroidissement grave; il dut entrer à l'hôpital de Cork et en sortit guéri au bout de trois semaines. Au mois de novembre 1870, étant revenu à Edimbourg, il eut une nouvelle poussée d'eczéma sur le corps et entra à l'Infirmerie dans le service du Dr Sanders. Aujourd'hui, il présente un léger degré de matité au sommet du poumon droit; la respiration est rude, l'expiration prolongée et la résonnance de la voix exagérée. En arrière, on note quelques râles crépitants au sommet du poumon droit, à l'inspiration; la résonnance vocale est également exagérée; les murmures respiratoires sont rudes dans toute l'étendue de ce poumon ; enfin l'oreille y perçoit quelques râles sibilants, et même des râles muqueux à la partie inférieure. Abondante expectoration d'une matière muco-purulente; toux violente que la nuit exaspère encore. Langue nette; appétit bon; gencives toujours rouges et boursouflées; selles régulières. La matité hépatique est de dix centimètres verticalement. Les autres fonctions s'exécutent normalement. Sous l'influence d'un bon régime, aidé de préparations expectorantes et anodynes, les symptômes du côté de la poitrine s'amendèrent sensiblement et, le 1r *février*, on envoya cet homme à l'hôpital des convalescents.

Commentaire. L'histoire détaillée de cet homme et les examens répétés auxquels nous nous sommes livrés, montrent que nous avions à faire à un individu épuisé par des maladies contractées dans l'Inde. Finalement, il

(1) Cette partie de l'observation a été recueillie par M. D. S. Macdougall, médecin-résident.

avait eu un abcès du foie, ouvert au dehors à l'endroit de la cicatrice ridée qu'il porte au côté. Il paraîtrait qu'à diverses reprises on aurait, donné des préparations mercurielles à cet homme jusqu'à salivation ; c'est là, d'ailleurs, ce que prouve l'état des gencives et l'ébranlement des dents. En dernier lieu, l'application de la pommade à l'iodure de mercure, jointe à une salivation récente, détermina l'éruption eczémateuse et la poussée de rupia qui recouvrit tout le corps. Comme conséquence de cet état de choses, l'appétit se perdit de plus en plus; la mastication devint impossible et partant la digestion fort pénible, si bien qu'à son arrivée dans nos salles cet homme était parvenu à un degré de maigreur et de faiblesse inquiétant. Indépendamment de la bronchite généralisée dans le poumon droit, le sommet de cet organe commençait à s'infiltrer de tubercules; c'est du moins ce que faisait présumer la matité limitée que nous avons constatée à la percussion. J'ai souvent appelé l'attention des élèves sur la ressemblance, sinon sur l'identité d'aspect de l'affection cutanée chez ce malade avec les plus graves manifestations syphilitiques cutanées, telles qu'on les trouve décrites et figurées dans les auteurs et notamment dans l'atlas de Devergie. On ne se fait pas une idée des souffrances continues et de l'irritation causées par cette éruption à la peau. Le mal en vint à tel point que, durant tout un temps, l'état de cet homme faisait pitié et semblait ne laisser aucun espoir. Grâce au système de traitement poursuivi, il se rétablit peu à peu et recouvra finalement la santé. L'éruption cutanée disparut; le foie reprit son volume normal; les grandes fonctions de l'économie se rétablirent; en un mot tous ces accidents si graves se dissipèrent, sauf un certain degré de condensation au sommet du poumon droit, indice d'un léger dépôt tuberculeux ayant le caractère de la chronicité.

Malgré tout ce qu'on a écrit concernant les précautions à prendre lorsqu'on administre les mercuriaux, dans les affections si communes dans l'Inde et dans les pays tropicaux; bien que tant de praticiens distingués de l'Inde aient signalé l'inutilité, pour ne pas dire plus, de son emploi contre les inflammations et contre les abcès du foie, nous avons ici une preuve de l'esprit de routine qui persiste encore à ce sujet. Voilà pourtant un soldat âgé de trente ans et depuis neuf années seulement au service, qu'il faut congédier par suite de l'emploi d'un traitement dangereux et irrationnel. Mais ce n'est pas seulement dans les colonies que règnent encore de semblables idées erronées; ici même on a persisté dans les mêmes errements, et cet homme dont la constitution est déjà si détériorée par le mercure est encore soumis à l'influence du même agent, toujours pour sa maladie de foie. Rien ne montre mieux combien il est difficile de déraciner une idée quelque fausse qu'elle soit, du moment qu'elle est passée à l'état de croyance générale, j'allais presque dire à l'état de principe. Mais ce qui n'est pas moins étonnant, c'est de voir des doctrines aussi préjudiciables entretenues et propagées par les professeurs de matière médicale eux-mêmes, tant dans notre pays qu'à l'étranger. Si nous jetons un coup-

d'œil rétrospectif sur la pratique médicale autrefois si répandue de prescrire invariablement des préparations mercurielles dans les affections du foie, nous ne pouvons nous défendre de songer à des milliers de nos soldats qui ont dû être traités de la sorte et dont un grand nombre ont eu ainsi leur santé irremédiablement altérée. A ce point de vue, la question du traitement mercuriel des maladies du foie et de la syphilis s'élève pour ainsi dire à la hauteur d'une question nationale. En effet, en dépit des efforts et du zèle d'un grand nombre de nos médecins et de nos chirurgiens les plus distingués, l'observation qui vient d'être rapportée montre que si le mal a beaucoup diminué de nos jours, il se présente parfois encore dans toute l'horreur de sa réalité. Il était donc urgent de vider à fond cette question et de débarrasser enfin la médecine d'une erreur aussi funeste.

Les mercuriaux ne sont point des cholagogues.

Il y a déjà bien des années que j'avais acquis la conviction, et mon expérience me fortifiait de plus en plus dans cette idée, que les mercuriaux n'exercent aucune influence spéciale sur le foie, et que la croyance qui a régné si longtemps à cet égard dans le monde médical est un pur préjugé. Sachant néanmoins qu'il ne suffit point d'exprimer semblable conviction ni même de l'étayer d'un certain nombre de faits en sa faveur; pénétré, d'ailleurs, de l'importance extrême de décider une bonne fois une question de laquelle dépendent la santé et la vie de tant de personnes surtout dans les climats tropicaux, je demandai à la British Medical Association, en 1866, d'instituer un comité spécial et de lui fournir les fonds nécessaires pour les recherches à faire à ce sujet. Après deux années consacrées à des expériences laborieuses, ce comité fit un rapport dont voici les propositions principales :

1° Il n'est pas un seul fait dans toute la médecine qui établisse que le mercure stimule le foie ou augmente le flux de la bile; au contraire, toutes les expériences faites en vue de résoudre cette question mènent à des conclusions entièrement opposées.

2° Le chien est affecté par les mercuriaux absolument de la même manière que l'homme, et, lorsque la mort est la suite de leur administration, cet animal présente exactement les mêmes lésions que celles constatées dans les autopsies de sujets humains sur qui les mêmes causes ont agi.

3° Des fistules biliaires furent établies et entretenues sur neuf chiens, et toute la bile sécrétée fut recueillie avec soin par ces orifices, lors de chaque expérience. La quantité de ce liquide ainsi obtenue était comparée avec le poids de l'animal, comme aussi avec la masse et avec la nature des aliments qu'on lui donnait. La bile recueillie fut analysée lors de chaque observation et la proportion des éléments solides, liquides et inorganiques soigneusement notée.

4° Les tableaux publiés à ce sujet par le Comité montrent que les mercuriaux, quel que soit le mode d'administration adopté, soit à petites soit à grandes doses, même à doses croissantes en allant jusqu'à salivation, ou en déterminant un simple effet purgatif, n'ont jamais augmenté la quantité de bile sécrétée. D'ailleurs la nature de la préparation employée s'est montrée, à cet égard, aussi indifférente que son mode d'emploi.

5° Le Comité voulant pousser plus loin ses recherches à ce sujet, fit des expériences analogues avec la podophylline et avec l'extrait de taraxacum. Les résultats obtenus ont été négatifs comme avec le mercure, au point de vue de l'effet cholagogue.

6° Les purgations, peu importe le moyen employé pour les obtenir, diminuent invariablement la quantité de la sécrétion biliaire : c'est là, au point de vue thérapeutique, un résultat très important à noter; il s'explique, d'ailleurs, par le dégorgement des parois intestinales, qui fournissent le sang à la veine porte d'où sont presque entièrement tirés les éléments qui constituent la sécrétion biliaire.

Comment se fait-il donc, se demandera-t-on, que depuis si longtemps les médecins aient pu attribuer aux mercuriaux une action spéciale toute fantaisiste sur la sécrétion biliaire? La seule réponse que l'on ait jamais essayé de donner, c'est que les purgatifs mercuriaux déterminent souvent des évacuations bilieuses abondantes, et, chez les enfants surtout, les selles ainsi obtenues sont d'un vert d'épinards des mieux accentués. Mais, à l'état physiologique, on le sait, la bile subit une décomposition, puis est absorbée dans le canal alimentaire; or, toutes les substances qui s'opposent à ce travail ou accélèrent son passage dans ce canal, doivent nécessairement augmenter l'évacuation de la bile en nature. Quant aux selles vertes des enfants, on sait que les sujets au-dessous de dix ans ne sont guère aptes à éprouver l'action constitutionnelle du mercure, et que la couleur verte de leurs selles ne tient pas seulement à la présence de bile, mais aussi à la présence du sang qui, chez eux, s'échappe avec une grande facilité dans le canal intestinal, sous l'influence des purgatifs mercuriels.

Les expériences du Comité, j'ose le croire, ont été faites avec tant de soin, si fréquemment répétées, variées de tant de façons, et les résultats obtenus si minutieusement enregistrés, que le sujet semble pour ainsi dire épuisé; tous les membres du Comité furent unanimes à déclarer qu'ils n'avaient plus aucune objection à faire, aucun essai nouveau à proposer. Lors de la lecture du rapport en assemblée publique au Congrès de la British Medical Association, à Oxford, ainsi qu'à la section de physiologie de l'Association britannique pour l'avancement de la science, aux Congrès de Dundee et de Norwich, tout le monde accepta les conclusions comme exactes.

Quelques médecins, cependant, tout en admettant que le mercure n'exerçe aucune action sur la fonction biliaire chez les chiens, objectèrent qu'il n'est pas démontré qu'il en soit de même chez l'homme.

Il a été repondu précédemment à cette objection (t. I, p. 435). D'autres imaginèrent que les mercuriaux exercent leur action spécifique, c'est-à-dire excitent la sécrétion biliaire, en agissant sur l'orifice du canal cholédoque, et stimulent le flux de la bile par l'intermédiaire des nerfs qui mettent ce conduit en communication avec le foie. C'est absolument la même chose, disent-ils, que ce qui se passe avec le pyrèthre ou avec le vinaigre, qui excitent les glandes salivaires lorsqu'ils sont appliqués à l'orifice des conduits de ces glandes. Afin d'éclairer ce point obscur, j'instituai d'autres expériences qui, me semble-t-il, réduisent à néant cette objection. Voici quelques unes de ces expériences:

22 *juillet* 1869. Diverses préparations mercurielles, usitées en médecine furent soumises préalablement aux mêmes modifications qu'elles subissent après un certain temps de séjour dans l'estomac, puis elles furent appliquées à l'orifice du canal cholédoque dans le duodenum.

1. Deux pilules bleues délayées dans trente grammes de lait, furent données à un chat qui fut tué deux heures après. On lia l'estomac à ses deux orifices et on le maintint à une température de 38° C., durant trois heures.

2. Deux pilules bleues délayées dans quinze grammes de lait, additionné de quelques gouttes de présure, furent abandonnées pendant huit heures dans un matras, à une douce température.

3. Trente centigrammes de calomel furent mis en digestion de la même manière dans quinze grammes de lait.

4. Même chose encore avec dix centigrammes de sublimé corrosif, également dans quinze grammes de lait.

Ces divers liquides étant ainsi préparés, on chloroforma un lapin adulte, puis on lui ouvrit la cavité abdominale et le duodenum pour mettre à nu l'embouchure du canal cholédoque. Une certaine quantité de chacun de ces liquides fut mise en contact successivement et à divers intervalles, avec l'orifice du conduit, mais nous ne vîmes pas s'échapper la moindre gouttelette de bile.

On eut recours alors à des excitations mécaniques, en piquant ou titillant ce même orifice, puis on y appliqua successivement de l'acide acétique, de la poudre de calomel et du sublimé corrosif. Cette dernière substance détermina une vive rougeur de la membrane muqueuse; aucune de ces excitations n'aboutit à faire sortir le liquide biliaire.

Les deux pôles d'un courant électrique interrompu furent même, sans plus d'effet, appliqués à l'orifice et sur le trajet du conduit; on fit ensuite agir le courant sur le diaphragme; aussitôt ce muscle ainsi que ceux du voisinage se contractèrent vivement en provoquant la sortie d'un flot de bile. Cette expérience fut répétée à plusieurs reprises.

Le canal cholédoque fut alors disséqué soigneusement dans sa portion médiane et isolé en passant sous lui le manche du scalpel, puis les pôles de la batterie électrique y furent appliqués sans déterminer le moindre flux de bile.

Le foie fut ensuite détaché, mais sans le séparer du canal cholédoque, ni sans interrompre la communication avec le duodénum, et les pôles d'une machine à induction furent appliqués vainement sur toutes les faces de l'organe, rien n'apparut à l'orifice duodénal.

On fit enfin passer le courant interrompu suivant diverses directions à travers la vésicule elle-même; il ne s'y manifesta point le moindre indice de contraction; cependant la machine électrique fonctionnait parfaitement, car l'estomac et la vessie soumis à son influence, se contractaient vivement.

18 *novembre* 1869. Voulant m'assurer si des résultats également négatifs seraient obtenus chez le chien, je priai mon assistant, le Dr Vundrick de répéter les mêmes expériences sur ce dernier animal. Voici la note qu'il m'a remise. « Un chien mâle fut placé sous l'influence du chloroforme puis son abdomen ouvert et l'orifice du canal cholédoque mis à découvert. J'essayai alors successivement d'appliquer sur ce conduit une forte solution de sel commun, une solution de sublimé corrosif (0,25 gr. sur 30 gr. d'eau), des acides nitrique et chlorhydrique dilués, la décharge d'une machine à induction, mais sans obtenir le moindre écoulement de bile. Pourtant, dès que le courant électrique mettait en action les muscles abdominaux ou thoraciques, la bile s'échappait vivement. L'excitation électrique ne produisait aucune contraction dans la vésicule du fiel, tandis qu'elle faisait rétracter vivement la vessie urinaire. »

Ces expériences montrent donc :

1° Que les préparations mercurielles digérées dans l'estomac n'irritent pas l'orifice du canal cholédoque dans le duodenum et n'y provoquent nullement l'afflux de la bile.

2° Que les irritations directes sont elles-mêmes incapables de produire aucun surcroît de sécrétion ou d'afflux de bile dans le duodenum.

3° Que la vésicule du fiel n'est pas contractile et que, par conséquent, aucune irritation directe ou indirecte, ni aucune sorte d'action réflexe ne saurait agir sur le contenu de cette poche.

4° Que la pression exercée sur ce réservoir ou sur le foie au moyen des contractions des muscles du voisinage provoque un abondant afflux de bile dans le duodenum.

Après avoir ainsi constaté que la vésicule du fiel n'est pas douée de contractilité musculaire, j'en examinai avec soin la structure, chez le lapin, chez le chien et enfin chez l'homme; contrairement à ce qui est généralement enseigné dans les ouvrages d'anatomie, je m'assurai que cette poche ne possède point de tunique musculaire (1).

Ces recherches suffisent, me semble-t-il, pour renverser complétement la théorie de ceux qui voudraient persister à attribuer une action cholagogue aux mercuriaux, sous prétexte qu'ils exciteraient le flux de la bile en irritant l'extrémité duodénale du canal cholédoque. Elles montrent de plus que si les excitations directes, quelles qu'elles soient, sont incapables

(1) Voir le *Traité d'anatomie de Quain*, 7e édit. p. 878.

de cet effet, la contraction des muscles du voisinage a cette propriété. Ce résultat, d'ailleurs, concorde parfaitement avec l'observation de l'influence bienfaisante de l'exercice musculaire dans les affections des voies biliaires.

Ces expériences terminent en quelque sorte l'enquête concernant l'action des mercuriaux sur le foie, et montrent que les opinions de ceux qui adhèrent encore aux anciennes idées, dans la supposition d'une action locale de ces agents, ne sont pas mieux fondées que celle qui leur attribuait des propriétés constitutionnelles spéciales.

Il en résulte donc que pas une seule préparation mercurielle, quel qu'en soit le mode d'administration, n'exerce la moindre action sur le foie. Par contre, le mercure, comme purgatif ou comme poison, affaiblit les actes vitaux de l'économie. Il serait superflu d'insister sur l'immense importance pratique de ces conclusions et surtout sur la nécessité de les faire connaître. Cette réflexion m'est venue par suite de cette circonstance étrange que, quoique le rapport du Comité ait été publié de diverses manières (1), nul journal de médecine que je sache, un seul excepté, n'en a donné un compte-rendu.

Le 18 janvier 1871, je communiquai l'observation de Holden, à la Société médico-chirurgicale, avec les réflexions qui précèdent. Un médecin attaché à l'armée, présent à la réunion, soutint que l'affection de cet homme était purement syphilitique et que le mercure n'avait rien à faire avec la détérioration de sa santé. Le malade étant rentré à la clinique le 21 du même mois, je l'interrogeai soigneusement à plusieurs reprises en présence de tous les élèves, et ses réponses confirmèrent de tous points les détails de l'observation que j'avais relatée. Je présentai même ce malade à la Société médico-chirurgicale à sa séance du 1er février 1871 (2); lui-même confirma l'exactitude des faits et montra aux assistants ses gencives toutes spongieuses et ses dents ébranlées. Enfin, le dentiste de l'Infirmerie, le Dr Smith, à qui le malade fut présenté, déclara que sans connaître ses antécédents, la chute des dents et la manière dont il les avait perdues, l'aspect des gencives tuméfiées et rouges sur les bords, lui suffisaient pour rattacher ces désordres à l'influence constitutionnelle du mercure. Par suite de quelques détails erronés et des réflexions que j'avais faites au sujet de ce cas et qui parurent dans la Lancet, plusieurs médecins de l'armée me demandèrent des explications, je citerai notamment le prof. Maclean de l'hôpital de Netley qui reconnaît que de l'onguent

(1) Voir le Report on the Action of Mercury, Podophyllin and Taraxacum on the Biliary Secretion, by the Edinburgh Committee of the British Medical Association — dans les *Transactions of the British Association for the Advancement of Science*, année 1868. Ce rapport fut publié séparément sous forme de brochure, chez Edmonston et Douglas, à Edimbourg, 1869 Voir aussi *British Medical Journal*, 25 juillet 1868, 5 mai et 24 juillet 1869, — et *Medicine in Modern Times*. Londres, Macmillan et Cie, 1869, p. 193.

(2) *Monthly journal of Medical Science*. Mars 1871, p. 830.

mercuriel a été prescrit à cet homme, mais que, de son propre chef, il en a fait usage beaucoup plus souvent qu'on ne le lui avait ordonné, ce qui est vraisemblable.

Le même médecin nous apprend que durant ces huit dernières années, pas moins de 29,543 soldats ont été traités dans son hôpital et que, sur ce nombre si considérable, pas un seul n'a présenté de symptôme de nature à faire soupçonner le moindre effet pernicieux à la suite de l'emploi des mercuriaux. Les deux observations que je vais relater méritent, à cet égard, d'arrêter l'attention.

Obs. CCLXXIX (2). — *Ictère. — Traitement mercuriel dans l'Inde.*

Commémoratif. — Michael Moore, 50 ans, soldat libéré, actuellement homme de peine, est entré à l'Infirmerie le 11 février 1871. Il a été à l'armée des Indes depuis 1859 jusqu'en 1864; et, durant cette période, il a eu de fréquents accès de fièvre intermittente. Une année avant du quitter l'Inde, il dut entrer à l'hôpital de Calcutta pour des douleurs à la région du foie et à l'épaule droite; il n'eut cependant pas d'ictère. On lui mit des sangsues, on lui fit des fomentations chaudes sur l'hypochondre droit et on lui ordonna des médicaments qui déterminèrent un mal violent à la bouche et une salivation excessive qui persista quinze jours. Après un séjour de trois mois à l'hôpital, il put reprendre son service mais sans avoir depuis lors récupéré ses forces et sa santé primitives. Peu de temps après être revenu en Angleterre, il eut, à la suite d'un refroidissement, des signes de retour de son affection hépatique. On le congédia alors pour cause de « délabrement de la constitution et de faiblesse générale » comme il dit; et depuis lors, il a travaillé comme ouvrier. Le 5 de ce mois, il fut pris de frissons, de symptômes fébriles et de douleurs dans l'hypochondre droit; le 9, une teinte jaune se manifesta à la peau et les selles se décolorèrent.

Symptômes a l'entrée. — Ictère bien caractérisé; peau sèche, d'un jaune terne; conjonctives teintes en jaune-verdâtre; langue chargée d'un enduit jaune au centre, nette à la pointe et sur les bords; appétit mauvais; douleur localisée dans la région du foie, surtout à la pression. La matité jécorale est de quatorze centimètres verticalement; selles régulières, colorées aujourd'hui en brun foncé; matité verticale correspondante à la rate, de six centimètres. Toux avec crachats gélatineux; sonorité normale à la percussion dans toute l'étendue de la poitrine, seulement, rudesse de la respiration et quelques râles sibilants à la partie postérieure. Pouls à 65, faible. Poids spécifique de l'urine 1022; ce liquide est foncé en couleur et contient de la bile. On prescrit *deux pilules de coloquinte composée.*

Marche de la maladie. — L'ictère et la douleur dans le côté se dissipèrent peu a peu et, le 17 février, l'urine et la peau avaient repris leur coloration naturelle. Le 20, il y eut un léger retour de la fièvre, à la suite de frissons. Ces divers symptômes disparurent totalement au bout de huit jours et on se borna à prescrire un bon régime. Le malade complètement rétabli fut congédié le 13 mars suivant.

Commentaire.—Ce malade nous offre un nouvel exemple de cette routine pernicieuse, encore en vogue, même dans nos hôpitaux de l'Inde, de donner du mercure dans les affections du foie. Le malade lui-même sentait

(1) *Lancet*, 11 février 1871, p. 212.
(2) Recueillie par M. Alex. M'Douglas, élève du service.

que cette médication lui était funeste; il nous a, du reste, à maintes reprises affirmé dans son langage expressif, que depuis cette époque il n'était plus le même homme qu'auparavant. Cependant, cet effet ne saurait tenir simplement à l'affection hépatique, puisque celle-ci ayant reparu avec intensité et accompagnée d'un ictère grave, tous les symptômes se dissipèrent rapidement sous nos yeux, à l'aide des moyens les plus simples, si bien qu'au bout d'un mois les forces étaient revenues. Il n'est pas étonnant d'ailleurs, qu'à la suite d'une salivation entretenue pendant quinze jours, la santé de cet homme ait été fortement délabrée et qu'il soit resté trois mois à l'hôpital. C'est là, il faut l'avouer, une singulière méthode pour rendre la santé et les forces à un malade. Ne parlons plus de l'action spéciale du mercure sur le foie; c'est une question jugée, une de ces vieilles idées, n'appartenant plus qu'au domaine de l'histoire.

Obs. CCLXXX (1) *Syphilis — Salivation répétée. — Rhumatisme chronique.*

Commémoratif. Hugh Peddie, 36 ans, soldat libéré, est entré le 7 juillet 1872. Il a eu un chancre en 1857, pour lequel il a subi un traitement mercuriel à Aldershott. A la fin de cette année, il fut envoyé dans l'Inde où il eut de nouveau, en 1859, un chancre sur la verge ainsi qu'un bubon, pour lesquels on lui donna encore du mercure. On lui fit prendre une pilule mercurielle matin et soir pendant une semaine, au bout de laquelle il commença à souffrir vivement de la bouche et à rendre jusqu'à deux litres de salive par jour; toutes les dents devinrent branlantes. On suspendit les pilules et tout rentra peu à peu dans l'ordre. Depuis lors, cependant, cet homme est sujet à des douleurs erratiques. Il y a trois mois, il ressentit de vives douleurs ayant leur point de départ dans le sacrum et s'irradiant à travers les hanches jusque dans les cuisses; ces douleurs n'ont fait que s'aggraver jusqu'aujourd'hui.

Symptômes a l'entrée. Le malade est incapable de garder longtemps la même position, par suite des souffrances qu'il éprouve à la partie postérieure des hanches. Depuis trois mois, il a diminué de quatorze kilogrammes; il transpire abondamment toutes les nuits. Il porte aux deux aines des cicatrices qui sont les marques des bubons ouverts, et sur le gland trois autres cicatrices où furent les chancres. La température de l'aisselle est de 37° C. Les dents sont déchaussées; les gencives sont spongieuses et saignent facilement. La langue est fendillée et légèrement chargée au centre. L'appétit laisse beaucoup à désirer. Les douleurs, toujours plus vives la nuit, empêchent le sommeil. Les autres fonctions n'offrent rien à noter. On met le malade au *régime des viandes rôties et on fait prendre deux fois par jour une cuillerée à soupe de la potion suivante:* Pr. *Iodure de potassium*, 8 *gram. Infusé de colombo*, 180 *gram. M.* Sous l'influence de la chaleur du lit, parfois de bains chauds et enfin du médicament ordonné, l'état de cet homme s'amenda rapidement et, à la fin de juillet, les douleurs avaient considérablement diminué. La session étant finie pour la clinique, on fit passer le malade dans une autre salle.

Commentaire. — Cette observation montre que dans l'armée on emploie encore activement le mercure contre la syphilis. Chose remarquable, quoique la salivation violente dont il a été parlé, remonte à 1858, les

(1) Recueillie par M. J. K. O Cloete, élève du service.

geneives restent encore spongieuses et témoignent même aujourd'hui de l'action du mercure. Nous avons vu la même chose chez Holden (Obs. CCLXXVIII).

Après ce que nous avons dit du traitement de la syphilis, je n'hésite pas à classer ces trois cas sous le titre « abus du mercure. » Quant à l'assertion du professeur Maclean, rapportée plus haut, je me bornerai à une dernière remarque. Au moment où il la produisit (février 1871), un de mes élèves a pris la peine de s'assurer que dans les salles de la Royal Infirmary, il n'y avait pas moins de onze anciens soldats, dont huit avaient eu des salivations mercurielles dans l'Inde, et deux de ces hommes au moins pour des affections hépatiques.

RHUMATISME ET GOUTTE.

Pathologie générale et traitement.

On admet généralement aujourd'hui que le rhumatisme et la goutte sont occasionnés par un excès d'acide urique dans le sang. Dans la première de ces affections, cet excès est sous la dépendance de la digestion secondaire, et dans la goutte, de la digestion primaire. Toutefois, dans le rhumatisme, il se fait une excrétion considérable d'acide lactique par la peau (Todd). Dans la goutte, au contraire, on constate un excès de soude; cette substance, se combinant avec l'acide urique, produit un sel, l'urate de soude, que l'on retrouve dans le sang (Garrod) et qui, parfois, se dépose dans le tissu cellulaire de la peau où il constitue les concrétions tophacées. Ces deux maladies sont caractérisées par une disproportion entre la quantité d'acide urique et l'activité fonctionnelle des organes chargés de son élimination; ces organes sont : la peau dans le rhumatisme, et les reins dans la goutte. Ces particularités pathologiques servent à expliquer les points de similitude et de dissemblance entre ces deux affections. Toutes deux présentent un certain état constitutionnel dépendant d'un trouble de la digestion et sous l'influence duquel des causes excitantes occasionnent des effets locaux. Ces causes sont, dans le rhumatisme : un mauvais régime, des excès de travail, l'influence du froid et de l'humidité. Les sujets qui y sont le plus exposés sont ceux des classes ouvrières et indigentes. Dans la goutte, ces causes sont : une trop bonne nourriture, l'indolence, la réplétion ou une digestion habituellement difficile. Les personnes riches et menant une vie sédentaire y sont tout particulièrement prédisposées. De part et d'autre, les manifestations locales consistent dans des douleurs erratiques avec du gonflement des grandes articulations dans le rhumatisme, et des petites dans la goutte. Ces manifestations se combinent avec une tendance à des complications du côté des viscères internes, complications plus au moins dangereuses pour la vie.

Voici quelles sont les indications thérapeutiques générales dans ces deux maladies : 1° régulariser les fonctions nutritives de manière à établir un juste équilibre entre la quantité des substances qui s'assimilent

au sang à la suite de la digestion primaire et secondaire, et la quantité des matériaux rejetés de l'économie par ses divers émonctoires; 2° diriger l'attaque aiguë vers une terminaison favorable, en surveillant avec sollicitude l'état des viscères internes et se tenant prêt à intervenir vigoureusement s'ils venaient à s'entreprendre. Le traitement de ces affections sera donc curatif ou préventif, selon qu'il aura pour but de combattre un état aigu ou d'en prévenir le retour. Les moyens curatifs devront exercer leur action sur le sang et sur les organes excrétoires; les moyens préventifs auront pour objet de régler le régime et l'exercice.

Bien que les idées pathologiques mentionnées plus haut et qui envisagent le rhumatisme comme une affection du sang, puissent être considérées comme exactes, elles ne nous ont pas encore donné l'explication satisfaisante d'une attaque aiguë, dans laquelle, indépendamment des troubles constitutionnels, on observe de la douleur locale, parfois de la chaleur, de la rougeur et du gonflement, le tout avec accompagnement de symptômes fébriles. Beaucoup de praticiens ont attribué ces phénomènes à une inflammation surajoutée, bien qu'il ne soit pas démontré qu'il y ait jamais exsudation ni aucun des résultats habituels de cet état inflammatoire. En effet, le caractère erratique du rhumatisme est opposé à tout ce que nous savons du processus de l'inflammation véritable, et ce ne serait pas éclairer la difficulté que de la qualifier d'inflammation anomale. L'explication pathologique réelle du rhumatisme aigu est donc encore à trouver. Pour y parvenir, il faudrait d'abord déterminer les modifications histologiques des tissus affectés : c'est ce qui n'a pas encore été fait, que je sache, à part quelques observations publiées par Hasse sur la structure des os dans le rhumatisme (voir *Montly Journal of Medical Science*, juin 1847).

Le traitement de cette maladie est donc purement empirique, dirigé soit contre la douleur, soit contre l'inflammation supposée; tantôt ayant pour but de combattre l'altération pathologique du sang, tantôt s'efforçant de remédier à ses effets, en agissant sur les excrétions; souvent enfin, en ayant recours à une médication altérante avec l'espoir qu'une modification constitutionnelle, quelle qu'elle soit, sera avantageuse. Il n'est peut-être pas de maladie où l'on ait prôné tour à tour une plus grande quantité de remèdes et de méthodes de traitement, et, parmi eux, il n'en est pas un seul sur lequel on puisse compter sûrement : c'est ce qui a fait dire à un médecin distingué qu'un repos de six semaines était le plus efficace de tous les remèdes (Warren). Un de nos meilleurs auteurs, qui a écrit récemment sur cette matière, fait observer qu'il n'y pas lieu de s'étonner de cette incertitude « quand on considère la véritable nature de la maladie et la diversité des circonstances dans lesquelles le médecin est appelé à donner ses soins. La saignée, par exemple, qui chez un sujet pléthorique, jeune et robuste, est parfois nécessaire pour diminuer le surcroît d'action du système circulatoire, peut, chez un malade affaibli, déterminer de l'irritabilité du cœur et une endocardite consécutive.

L'opium qui, chez l'un, rendra les plus grands services en déterminant une transpiration salutaire et en calmant l'irritabilité générale de l'économie, arrêtera, chez un autre, la sécrétion de la bile ou des autres humeurs et, partant, entravera l'élimination du poison rhumatismal. L'usage prolongé du calomel et des purgations répétées, avantageux chez certains malades, en provoquant l'évacuation de grandes quantités de sécrétions morbides, en épuisera d'autres en pure perte et entravera sérieusement leur guérison. On en pourrait dire autant de chacun des autres remèdes qu'on a proposés : ce qui est salutaire à l'un est inutile, sinon nuisible, à l'autre. Il faut donc en conclure que ce ne sont pas tant des remèdes nouveaux qu'on doit chercher, que les moyens d'employer à propos ceux qui nous sont connus » (Fuller, on Rheumatism, p. 75). Ces observations judicieuses font entrevoir la cause de nos insuccès; mais, jusqu'à ce que nous ayons acquis des notions plus exactes concernant la pathologie spéciale du rhumatisme, c'est en vain que nous chercherons à découvrir un traitement rationnel.

Parfois, j'ai essayé les effets des remèdes spéciaux dans cette affection en les employant d'une manière uniforme, dans une série de cas. Ainsi j'ai plusieurs fois essayé l'aconit, qui, employé seul, me semble peu recommandable. J'ai aussi donné très souvent le colchique; il ne m'a paru exercer aucune action sur le rhumatisme pur; néanmoins c'est un remède inappréciable contre la goutte.

Traitement du rhumatisme aigu par le nitrate de potasse.

Durant la session de 1851-52, j'ai fait un autre essai du même genre avec le nitrate de potasse, médicament recommandé autrefois par le Dr Brocklesby, qui a donné de bons résultats entre les mains de Gendrin, dans les salles de la Pitié, à Paris, en 1844, et que nous a fait connaître le Dr Henry Bennett (Lancet, 1844, vol. I, p. 374). Plus récemment, il a été rappelé à l'attention du monde médical par le Dr Basham (*Medico-Chirurgical Transactions*, vol. XXXIII). — Cet auteur dit avoir donné de 30 à 90 grammes de ce sel, à la condition d'être bien dissous dans de l'eau, dans l'espace de vingt-quatre heures, non-seulement sans en avoir vu d'effet inquiétant, mais avec le résultat de diminuer d'une manière marquée le gonflement, la chaleur et la douleur dans les articulations affectées. Le cas suivant, dans lequel nous avons employé le nitrate de potasse, mais à doses beaucoup plus faibles, nous offre un exemple de succès assez digne d'être noté.

Obs. CCLXXXI (1).

Mme Anderson, âgée de 48 ans, infirmière, s'est alitée le 3 décembre 1851. Elle affirme qu'antérieurement à sa maladie actuelle, elle s'est toujours bien portée, à

(1) Recueillie M. W. Broadbent, élève du service.

part un peu de bronchite, affection à laquelle elle est assez sujette. Dans ces derniers temps, elle a eu beaucoup de fatigue à raison de ses fonctions d'infirmière, ayant dû veiller plusieurs nuits consécutives, dans de grandes salles où il y avait du feu, à la vérité, mais où les fenêtres restaient ouvertes toute la nuit. N'ayant pu éviter les courants d'air auxquels elle était sans cesse exposée, elle fut prise de mal de gorge et de douleur dans la poitrine. Ceci se passait vers la fin d'octobre dernier, et, jusqu'au 20 novembre, elle a eu constamment de petits frissons, du malaise, des douleurs passagères dans diverses régions du corps, des nausées et des vomissements. Environ quinze jours avant de s'aliter, elle eut un fort frisson, suivi de chaleur à la peau et d'autres symptômes fébriles, en même temps que de fortes douleurs dans les articulations dont tous les mouvements étaient très douloureux. Cependant, les vomissements continuèrent; enfin, la semaine dernière, il survint de la douleur et des palpitations à la région cardiaque, et cela, avec une aggravation de tous les symptômes précédents. La malade est immobile dans son lit et le moindre mouvement lui cause des douleurs excessives. Les bruits du cœur, leur rythme, leur position et l'impulsion ne présentent rien d'anormal; le pouls est à 100, faible. Une transpiration visqueuse, abondante, répandant une odeur acide, se montre à des intervalles irréguliers. Les articulations ne sont le siége d'aucun gonflement. Urine rendue en petite quantité, foncée en couleur; on y remarque des cristaux de phosphate tribasique et un peu de mucus. Langue chargée; anorexie; soif; parfois des vomissements; pas de sensibilité exagérée à l'épigastre; constipation, respiration normale. Pr. *Chlorhydrate de morphine* 0,05 *centigram. Poudre aromatique* 6,50 *centigram. M. et délivrer* 6 *paquets semblables; pour en prendre un toutes les demi-heures jusqu'à effet.* — 4 *décembre.* La malade a pris trois de ses poudres la nuit dernière, puis elle s'est endormie; ce matin elle se dit un peu mieux. On lui a administré un lavement et il en est résulté une bonne selle; elle prend une potion diurétique — 5 *décembre.* Mêmes douleurs dans les membres; insomnie; transpiration abondante; aucun effet diurétique; persistance des vomissements. La malade prend *sa potion diurétique et de la poudre de Dover.* — 6 *décembre.* Exacerbation des douleurs durant la nuit, surtout dans les articulations et dans les membres. Pr. *Nitrate de potasse,* 15 *gram. Eau,* 180 *gram. A prendre par cuillerée à soupe toutes les quatre heures.* — 7 *décembre.* La malade a pris trois cuillerées de sa potion au nitrate de potasse; elle transpire abondamment et souffre beaucoup moins. La sécrétion urinaire n'est pas augmentée. — 8 *décembre.* Même état qu'hier. *Porter la dose de nitrate de potasse à* 18 *grammes.* — 9 *décembre.* Moins de douleurs; transpiration abondante; sécrétion urinaire augmentée; nausées, vomissements, soif. — 10 *décembre.* Disparition presque complète des douleurs; persistance des nausées et des vomissements; refus de prendre la potion; pouls à 80, faible; grande débilité. A partir de ce moment les douleurs ne reviennent plus, et peu de jours après, la malade est en état de quitter la salle.

Commentaire. — Nous avions affaire ici à un rhumatisme grave, généralisé à la fois dans les muscles et dans les articulations; de plus, la malade s'était négligée pendant quinze jours avant d'entrer en traitement. Le moindre mouvement provoquait des douleurs insupportables qui, durant deux jours, résistèrent à la morphine, aux diaphorétiques et aux diurétiques. Ce n'est même qu'après avoir donné du nitrate de potasse que nous avons obtenu une transpiration abondante et une diminution notable des douleurs suivie bientôt de la convalescence. Cet amendement rapide ne saurait être attribué dans ce cas à l'influence d'aucun jour critique; une exacerbation très marquée venait même de se produire la nuit qui précéda

l'administration du sel de potasse. Au reste, tous ceux qui ont suivi ce cas furent d'avis qu'il fallait attribuer au nitre l'amélioration obtenue si rapidement.

Obs. CCLXXXII (1).

Jane Irvine, servante, âgée de 17 ans, entrée le 19 décembre 1851, raconte que, deux jours auparavant, sans aucune cause à elle connue, elle fut prise de symptômes fébriles coïncidant avec de la douleur dans la cheville gauche, douleur que la pression et les mouvements exaspéraient; en outre cette articulation était le siége de rougeur et de tuméfaction. Le lendemain, la cheville droite fut prise à son tour, puis, successivement, les genoux, les épaules, les poignets et les doigts. On lui donna des médicaments pour la faire transpirer, mais ils ne la soulagèrent point. A son arrivée, le pouls est à 100, large mais dépressible; on constate un bruit de soufflet synchronique avec le premier bruit du cœur, plus fort à la base et se propageant le long des grosses artères. Le sommeil est empêché par la douleur. Langue humide, très rouge à la pointe et sur les bords; pas d'appétit; soif; nausées et vomissements; constipation; douleur légère éveillée par la pression sur l'épigastre. Urine très colorée et chargée d'urates qui forment un dépôt. Transpiration abondante; gonflement des genoux et douleur vive au moindre contact. Le poignet, spécialement l'articulation carpo-métacarpienne du pouce, est le siége d'une vive douleur, de gonflement et de rougeur. On prescrit une *saignée du bras de 500 grammes et un lavement purgatif.* — 20 *décembre.* La malade est beaucoup plus mal aujourd'hui; l'articulation du poignet et toute la main sont surtout très douloureuses. Transpiration toujours abondante. Pr. *Nitrate de potasse*, 15 *gram. Eau*, 180 *gram. F. diss. A prendre par cuillerée à soupe toutes les quatre heures.* — 21 *décembre.* La malade a dormi la nuit; la transpiration continue. L'urine dont la quantité rendue est modérée, offre une densité égale à 1016 et un dépôt d'urate. Pouls à 90, faible; bruits cardiaques très indistincts; douleur beaucoup moins forte, excepté dans la jambe gauche. — 22 *décembre.* On continue le nitre; la malade commence à mouvoir les membres aujourd'hui. — 23 *décembre.* Elle est toute joyeuse ce matin, car elle ne souffre plus et peut remuer toutes les articulations sans éprouver aucune douleur. Le pouls est à 68, la peau fraîche, la langue nette; l'appétit revient; il y a des selles régulières et les urines sont naturelles, sauf un léger dépôt. Les bruits cardiaques deviennent plus nets. Cette personne était en pleine convalescence et sur le point de nous quitter, lorsque, le 6 janvier, se manifestèrent les premiers symptômes du typhus. Elle échappa cependant à cette nouvelle affection et quitta finalement l'infirmerie en parfait état.

Commentaire. — Voilà encore un cas de rhumatisme très intense contre lequel les diaphorétiques et même une large saignée restèrent impuissants. A la suite de cette dernière, le mal s'était même sensiblement aggravé, et nous essayâmes le nitrate de potasse. Dès le lendemain, un mieux sensible se déclarait et, au bout de trois jours, le mal était dompté; la malade entrait en convalescence. Ici encore, l'amendement ne correspond avec aucun jour critique mais, par contre, il a suivi de près l'administration du nitrate de potasse. On pourrait me dire que la saignée a favorisé l'action de ce médicament; toutefois, elle n'a été elle-même suivie

(1) Recueillie par M. J. L. Brown, élève du service.

d'aucune amélioration, comme c'est pourtant l'ordinaire. Cette jeune fille nous est arrivée avec un murmure endocardique, lequel a persisté pendant toute la durée de la maladie; mais le médecin qui l'avait soignée m'a assuré qu'elle présentait ce bruit dès avant son attaque de rhumatisme. Était-ce donc un murmure anémique, indépendant de cette dernière affection? Mais on pourrait soulever une autre question : celle de savoir si tous les murmures endocardiques qui coïncident avec le rhumatisme doivent être attribués à la diathèse rhumatismale. Il faudrait, pour résoudre ce problème, accorder à ces bruits un peu plus d'attention qu'on ne l'a fait jusqu'ici, notamment chez les jeunes personnes. Pour moi, j'ai la conviction qu'on a souvent pris des murmures anémiques pour des bruits dépendant d'une endocardite. Dans le cours de la convalescence et à mesure que le sang s'enrichit, les murmures se dissipent. C'est de là, sans doute, qu'est venue l'idée d'attribuer cette disparition à l'administration du mercure dans des cas de ce genre.

Obs. CCLXXXIII (1).

Janet Wright est entrée à l'Infirmerie le 22 octobre 1851, pour un rhumatisme aigu. On lui a donné successivement des poudres de Dover, des diurétiques; on lui a mis des sangsues, etc.. jusqu'au 6 décembre, et cela, sans aucun avantage. Ce jour là, on prescrivit 12 *grammes de nitre dans* 180 *grammes d'eau, pour en prendre une cuillerée à soupe toutes les quatre heures.* — 7 *décembre.* Les quatre premières cuillerées n'ont produit aucun effet; cependant, la malade a dormi la nuit, à la suite d'une dose de poudre de Dover; la douleur est très intense dans les épaules et dans les genoux. — 8 *décembre.* Les douleurs persistent. *On porte la dose du nitre à* 15 *grammes.* — 10 *décembre.* La malade a pris le nitre régulièrement; elle se plaint de ce que cette potion l'affaiblit et lui donne de la somnolence et de l'hébétude. Elle a transpiré abondamment la nuit et a rendu une grande quantité d'urine; elle est très altérée et, de plus, se plaint d'un mauvais goût dans la bouche; cependant, elle ne souffre plus dans les genoux. — 13 *décembre.* Elle continue l'usage du médicament; le mal est dissipé aux épaules mais il s'est rejeté dans les genoux; les sécrétions urinaire et cutanée continuent à se faire activement. Cette personne était pleinement convalescente lorsqu'on dut la renvoyer, le 16 décembre, pour cause d'inconduite.

Commentaire. — Ici encore, après trois jours d'emploi du nitrate de potasse, nous voyons une diaphorèse abondante, une augmentation sensible de la sécrétion urinaire, puis, immédiatement, la diminution des douleurs rhumatismales et bientôt la convalescence; celle-ci marchait rapidement au moment où il fallut renvoyer cette personne.

Obs. CCLXXXIV (2).

James Rough, 26 ans, forgeron, entré le 29 décembre 1851, a déjà souffert à deux reprises, d'attaques de rhumatisme. La seconde, survenue il y a trois ans, a

(1) Recueillie par M. W. Broadbent, élève du service.
(2) Recueillie par M. W. Calder, élève du service.

été traitée à l'Infirmerie et a duré cinq semaines. L'affection actuelle remonte à neuf jours; elle a débuté par des symptômes fébriles intenses et des douleurs violentes dans toutes les articulations, mais spécialement dans les poignets et dans les genoux. Elle semble consécutive à un refroidissement. Depuis un an ou deux, le sujet a remarqué des palpitations très fortes à la région du cœur, toutes les fois qu'il fait des efforts ou qu'il boit un peu trop. Hors de ces circonstances il ne ressent jamais rien. La matité cardiaque mesure un peu plus de cinq centimètres transversalement; la pointe du cœur bat à sa place normale. Un bruit de soufflet très distinct accompagne le premier temps; il est plus intense à la pointe et se propage dans la direction des gros vaisseaux. Le second bruit est plus aigu et plus sec qu'à l'état normal. Le pouls radial n'est pas en synchronisme avec l'impulsion cardiaque, mais il se fait sentir un instant après. L'oreille perçoit aussi quelques râles sibilants dans la poitrine. Les douleurs articulaires ne sont pas très vives pour le moment; toutefois le moindre mouvement les éveille et la pression sur l'épaule et sur la cheville droite est des plus pénibles. La langue est un peu saburrale; l'appétit diminue; la soif augmente. Il existe une légère diarrhée. L'urine est normale, la peau moite, mais la transpiration peu considérable. Pr. *Nitrate de potasse*, 15 *grammes, eau*, 180 *grammes. M. En prendre une cuillerée à soupe dans de la boisson, trois fois par jour.* — 31 *décembre.* Le malade se dit beaucoup mieux; le bruit de soufflet est beaucoup plus doux; on note un faible dépôt d'urates dans les urines et une légère transpiration. Le pouls est à 68, régulier et dépressible. Le malade se plaint de faiblesse. A partir de ce moment, il entre en convalescence et quitte l'hôpital le 12 janvier.

Commentaire. — L'emploi du nitrate de potasse a été suivi d'effets bien manifestes dans ce cas. A la suite d'une bonne transpiration, un mieux sensible se prononça au douzième jour, et, le lendemain, les douleurs avaient complètement disparu. Comme l'affection datait déjà de neuf jours, on ne saurait arguer ici d'une coïncidence avec quelque jour critique; d'ailleurs, les effets de la médication sont assez patents. Le bruit valvulaire au premier temps et le caractère du pouls ne permettaient guère de douter d'une insuffisance mitrale; d'ailleurs, le sujet avait déjà eu deux attaques de rhumatisme, il est donc très probable que la lésion cardiaque est contemporaine de l'une ou l'autre de ces attaques.

Je pourrais rapporter encore un grand nombre de cas de rhumatisme aigu, dans lesquels j'ai eu à me louer de l'emploi du nitrate de potasse; je dirai plus, de tous les traitements que j'ai essayés contre cette affection, c'est celui-là qui m'a le mieux réussi.

Rhumatisme traité par le suc de citron.

Obs. CCLXXXV (1).

Abigail Rankin, âgée de 39 ans, entrée à l'hôpital le 15 décembre 1851, a été prise le 7, de frissons suivis de symptômes fébriles et de douleurs aiguës dans toutes les articulations. A son arrivée, on note les symptômes suivants : Pouls à 100, large et fort; bruits du cœur normaux; symptômes fébriles intenses; gonflement de toutes les articulations avec douleurs aiguës augmentant par les mouvements et sous

(1) Recueillie par M. P. M. Russell, élève du service.

la pression. Transpiration abondante la nuit. Autres fonctions normales. *Donner 60 grammes de suc de citron trois fois par jour.* Le 17, on prescrit 1 gramme 25 centigrammes de poudre de Dover. — 20 *décembre.* Les douleurs sont aussi vives que jamais; cependant, la malade a pris 180 grammes de jus de citron tous les jours. *On porte la dose à 270 grammes.* — 22 *décembre.* La nuit dernière, il est survenu une transpiration abondante suivie d'un mieux très sensible. *Réduire la dose de suc de citron à 30 grammes, trois fois par jour.* Le lendemain 23, l'articulation du poignet droit conserve seule un peu de gonflement, mais toutes les autres sont dégagées et il ne reste plus de douleur. Sortie le 6 janvier 1853.

Obs. CCLXXXVI (1).

Cathérine Rooke, âgée de 21 ans, mariée, entrée le 23 décembre 1852, a éprouvé des frissons le 14, suivis de symptômes fébriles et de douleurs excessives, d'abord dans les genoux et dans les chevilles, puis dans toutes les articulations. A son arrivée, le pouls est à 84, modérément fort; l'impulsion et les bruits du cœur sont normaux. Les articulations présentent plus ou moins de gonflement et sont douloureuses à la pression et au moindre mouvement. Transpiration profuse; symptômes fébriles très accentués, à part le peu de fréquence du pouls; dépôt abondant d'urates dans l'urine. Autres fonctions normales. *Donner tout de suite 0,65 centigrammes de paudre de Dover.* Pr. *Solution de chlorhydrate de morphine, 2 grammes. Bitartrate de potasse, 15 grammes. Ether nitrique alcoolisé, 4 grammes. Eau, 30 grammes M. A prendre en une fois à l'heure du coucher.* — Le 25, on prescrit un purgatif composé de *calomel et de jalap.* — 26 *décembre.* Le gonflement et les douleurs articulaires ont un peu diminué. On donnera 30 *grammes de jus de citron trois fois par jour.* — 2 *janvier* 1853. Les douleurs ont beaucoup diminué mais il persiste toujours une certaine sensibilité et de la raideur dans les genoux. Les gonflements arthritiques ont partout disparu. — 4 *janvier.* Le bras droit est de nouveau douloureux et incapable de faire des mouvements. — 5 *janvier.* La douleur a pris plus d'extension et a gagné le dos. *Cesser l'usage du jus de citron. Pr. Nitrate de potasse, 15 grammes. Eau, 120 grammes. M. En prendre 30 grammes dans 120 d'eau, trois fois par jour* — 6 *janvier.* La douleur a disparu, on constate un mieux sensible. Pas de dépôt critique dans les urines. Congédiée le 7 janvier.

Obs. CCLXXXVII (2).

Thomas Aitken, forgeron, âgé de 30 ans, fut admis à l'infirmerie le 25 décembre 1852. Il y a quinze jours, s'étant exposé au froid, il fut pris de frissons suivis de fièvre et de douleur dans les articulations, symptômes qui persistent encore. Au moment de son entrée à l'hôpital, on lui trouve le pouls à 74, plutôt faible que fort. Un faible bruit de souffle accompagne le second bruit du cœur et s'entend surtout à la pointe; c'est probablement un reste d'une autre attaque de rhumatisme qu'il a eue il y a un an. Le poignet droit et la main présentent seuls du gonflement, mais toutes les articulations sont le siége de douleurs variables. Il y a très peu de fièvre et une légère bronchite. On prescrit 15 *grammes de jus de citron trois fois par jour.* Le 28, la dose du jus de citron est portée à 30 grammes. Le 2 *janvier*, on constate un mieux sensible, mais le 4, les douleurs sont revenues avec une certaine intensité. Les jours suivants il survient un peu de diarrhée et on prescrit des poudres de Dover. Le 12, les douleurs ont entièrement cessé. Le 22, elle reparaissent faiblement. Le 24, le malade se trouve assez bien pour être congédié.

(1) Recueillie par M. Ab. J. Macarthur, élève du service.
(2) Recueillie par le même.

Obs. CCLXXXVIII (1).

James Ollason, 20 ans, employé, est venu à l'Infirmerie le 4 janvier 1853, pour une affection organique du cœur déjà ancienne; il se plaint en outre de douleurs erratiques occupant tantôt une articulation, tantôt une autre et s'accompagnant alors de gonflement et d'une vive sensibilité au moindre contact. Trois doses de suc de citron de 30 grammes chacune, furent administrées pendant quatre jours consécutifs; mais, comme ce moyen restait sans effet, on l'abandonna pour donner des opiacés et des sédatifs.

Commentaire. — Aucun des quatre malades précédents auxquels nous avons administré du jus de citron à la dose de 180 et même de 270 grammes par jour, n'en a éprouvé le moindre soulagement ni le moindre effet. Chez le sujet de l'observation CCLXXXV, nous avons en vain fait prendre ces fortes doses jusqu'au 21e jour de la maladie. C'est seulement à la suite d'une transpiration abondante, que les symptômes se dissipèrent, et cela, sans doute, plutôt par l'effet d'une crise naturelle que grâce à l'action du remède. Le sujet de l'observation LXXXVI, a fait usage du jus de citron pendant dix jours consécutifs. C'est seulement après le 21e jour que nous administrâmes le nitrate de potasse, et bientôt après survint un amendement sensible. En tout cas, le suc de citron ne nous pas a donné le moindre résultat encourageant, et l'insuccès est d'autant plus frappant que nous avons eu à nous louer davantage du nitrate de potasse.

Obs. CCLXXXIX (2). — *Rhumatisme diaphragmatique.*

Commémoratif. — John Robinson, relieur, âgé de 24 ans, admis le 5 février 1858, raconte que, le dimanche précédent, 31 janvier, assistant à un enterrement, il s'est refroidi et éprouva quelque souffrance dans le dos et dans la poitrine, surtout du côté droit; ses jambes chancelaient et il avait de la difficulté à respirer. Le lendemain, il nota une éruption sur les surfaces d'extension des deux jambes. Il n'a fait aucun traitement, si ce n'est de se mettre un vésicatoire au côté.

Symptômes a l'entrée. — Douleur à l'inspiration du côté droit et en arrière. Toux légère avec expectoration insignifiante. Sonorité à la percussion égale et naturelle des deux côtés de la poitrine. A l'auscultation, on trouve seulement un peu de rudesse à l'inspiration. Le pouls est à 100, mou, dépressible; la langue est chargée mais humide; garde-robe régulière; transpiration et chaleur à la peau. Les surfaces d'extension des membres inférieurs sont recouvertes de plaques d'urticaire. *Donner trois fois par jour 125 centigrammes de nitrate de potasse dans un demi-verre d'eau.*

Marche de la maladie. — 8 *février.* Une transpiration très forte s'est déclarée hier; aujourd'hui, les urines déposent abondamment. Les souffrances sont beaucoup moins vives. L'urticaire a presque disparu, il reste seulement une plaque érythémateuse sur chacune des deux rotules. — 15 *février.* Le malade ne souffre plus, mais il se plaint de faiblesse. Pr. : *Sulfate de quinine* 0,06 *centigrammes. Acide nitrique dilué,* 0,60 *centigrammes. Eau,* 30 *grammes. M. A prendre en une fois, matin, midi et soir.* Guéri le 10 mars.

(1) Recueillie par M. J. Macarthur, élève du service.
(2) Recueillie par M. Ad Baraud, élève du service.

Commentaire. — Des douleurs rhumatismales ayant leur siége profond dans la poitrine, sont très souvent prises pour de la pleurésie. Le plus grand nombre des élèves était disposé à regarder ce cas comme une pleuro-pneumonie, et l'observation avait été rédigée en conséquence. Cependant, un examen attentif de la cavité thoracique m'apprit que les organes respiratoires n'étaient nullement atteints; par contre, les symptômes fébriles, la douleur à l'inspiration ainsi que son siège me firent diagnostiquer un rhmatisme diaphragmatique. Naturellement, le traitement fut institué en conséquence et nous avons vu tous les phénomènes qui accompagnent habituellement la crise par les urines et par la peau se produire au septième jour de la maladie. Le sujet était d'une constitution faible; c'est pourquoi nous l'avons gardé quelque temps encore après sa guérison. Les élèves encore peu expérimentés prennent bien souvent aussi pour de la pleurésie, du rhumatisme intercostal, principalement lorsque, sans s'être bien assurés de la non-existence du bruit de friction ou des autres signes physiques, une idée préconçue les porte à les admettre. Il suffit, dans le doute, de comprimer ou de frictionner le muscle entre les côtes, pendant que la paroi thoracique est au repos, pour y développer une sensation douloureuse, même beaucoup plus vive que durant l'inspiration. Avant la découverte de l'auscultation, des cas de ce genre devaient être pris d'ordinaire pour des cas de pleurésie; on ne manquait pas de saigner les sujets et ils finissaient toujours par guérir. Dans les pays agricoles, de légers rhumatismes intercostaux ou diaphragmatiques sont très communs à de certaines saisons, parmi les ouvriers qui autrefois avaient l'habitude d'aller se faire saigner le samedi, de garder le repos le dimanche et de retourner à leur travail le lundi. La saignée dans ces cas ne manquait pas d'avoir l'honneur, tant dans l'esprit du malade que dans celui du médecin, d'avoir arrêté un commencement de pleurésie.

Obs. CCXC (1). — *Iritis rhumatismale, à la suite d'un rhumatisme aigu.*

Commémoratif. — John Duffy, 25 ans, artilleur, est entré à l'Infirmerie le 6 avril 1857. Il y a trois semaines, étant de service, il fut mouillé par la pluie; le surlendemain, il eut des frissons auxquels succédèrent de la fièvre, de la douleur dans toutes les articulations, avec gonflement des deux genoux et du coude gauche. Il garda le lit une quinzaine de jours avant de venir à l'Infirmerie où il a été traité par de la poudre de Dover et de la teinture de colchique à l'intérieur, et de la teinture d'iode en applications locales. En reprenant le service le 1er mai, je prescrivis du nitrate de potasse, plus tard des bains chauds et enfin de la quinine, du vin et un bon régime, sous l'influence desquels il alla beaucoup mieux. Cependant il continua à éprouver de temps en temps des douleurs dans le voisinage des articulations et notamment aux genoux. Le 25 mai, on suspendit l'usage de la quinine et on ordonna de l'huile de foie de morue. — 7 *juin.* Depuis trois jours il est survenu un peu de rougeur des conjonctives et du larmoiement aux deux yeux; on donna un collyre au sulfate de zinc. — 9 *juin.* La conjonctivite du côté droit augmente et on applique un petit vésicatoire sur la tempe correspondante. —

(1) Recueillie par M. Stewart Lockie, élève du service.

10 *juin*. Céphalalgie frontale. Tout le pourtour de la cornée est entouré d'un cercle d'injection des vaisseaux sous-conjonctivaux qui s'irradient en dehors. Toute la moitié inférieure de la conjonctive est d'un rouge uniforme. Extraire 150 grammes de sang de la tempe droite, à l'aide d'une ventouse scarifiée. *Application d'extrait de belladone au pourtour de l'orbite.* — 11 *juin*. Toute la conjonctive oculaire a pris une teinte rouge de vermillon uniforme, seulement le cercle des vaisseaux périkératiques présente une couleur plus foncée. Faire des *instillations d'une solution d'atropine* pour dilater la pupille. Ombrager l'œil au moyen d'une large visière. On avait essayé hier, de faire bassiner l'œil avec une faible solution d'alun (0,20 centigrammes sur 30 grammes), mais il en est résulté une vive irritation. Le bord interne de l'iris est épaissi et irrégulier, pourtant la pupille est dilatée. On cessera l'emploi du collyre aluné, mais on continuera les applications belladonées et on mettra, le soir, un cataplasme chaud sur l'œil. — 14 *juin*. L'iritis et la conjonctivite ont apparu à l'œil gauche et s'accompagnent d'une forte céphalalgie, d'agitation la nuit, de perte d'appétit avec langue saburrale; pouls à 76, de force modérée. Prescr : Donner 0,20 *centigrammes de sulfate de quinine trois fois par jour*. Mettre le malade dans une chambre obscure. — 17. La conjonctive gauche est aussi uniformément rouge que la droite, et l'inflammation de l'iris est dans toute sa violence; les deux pupilles, cependant, sont assez dilatées. On a fait des applications d'extrait de belladone autour des deux orbites. Hier soir, on a donné 30 grammes d'huile de ricin; mais comme aucun effet ne s'est produit, on fait avaler au malade une pilule composée de : *huile de croton, une goutte; extrait de coloquinte composé*, 0,65 *centigrammes*. — 20 *juin*. Les deux iris qui, à l'état normal, étaient de couleur bleue sont devenus d'un vert sale foncé. Les bords pupillaires sont épais, principalement à droite dans un endroit où il s'était formé une adhérence. Les conjonctives bulbaires ont une teinte uniforme de vermillon foncé. Il existe une violente céphalalgie, de la photophobie et du larmoiement. *Cesser la quinine*. Pr. *Poudre de quinquina rouge, et poudre de bicarbonate de soude, de chaque* 0,30 *centigrammes. M.* Prendre trois paquets semblables dans la journée. — 7 *juillet*. L'œil droit est beaucoup mieux; la rougeur des conjonctives diminue; toute trace d'adhérence pupillaire a complètement disparu et la vision est parfaite. L'œil gauche est toujours à peu près dans le même état, seulement il s'est formé une adhérence qui a rendu la pupille irrégulière durant quelques jours. La céphalalgie présente des alternatives de calme et de recrudescence. On a continué les frictions à l'extrait de belladone. Appliquer trois sangsues à la tempe gauche. — 14 *juillet*. L'œil droit est en parfait état; le gauche est de plus en plus malade. La pupille est trouble, sensiblement contractée, et les bords en sont considérablement épaissis. La vision est fort trouble, comme si elle se faisait à travers un nuage épais. *Nouvelle application de deux sangsues à la tempe gauche*. — 22 *juillet*. Les sangsues, à ce que dit le malade, le soulagent de la céphalalgie frontale : c'est pourquoi on en a encore appliqué hier. Aujourd'hui, la conjonctivite est diminuée, la pupille est plus large, la vision plus nette; en un mot, il y a amélioration sensible. — 28 *juillet*. Les phénomènes morbides ont disparu graduellement. On a encore appliqué deux sangsues et un vésicatoire à la nuque. La santé générale est redevenue beaucoup plus satisfaisante, seulement il reste de la faiblesse. — 10 *août*. Le malade se sent tout-à-fait bien depuis quelques jours; la vision de l'œil gauche est toujours un peu trouble, cependant elle s'éclaircit de jour en jour. Congédié.

Commentaire. — L'observation précédente nous offre un cas d'iritis rhumatismale compliquée de conjonctivite, et d'une extrême gravité. Cependant, on a tant exagéré le danger de laisser suivre à ces affections leur

marche naturelle et la nécessité de leur opposer des remèdes spécifiqnes, notamment le calomel et le colchique, que je résolus de m'en abstenir. Mes élèves ont suivi ce malade avec d'autant plus d'attention que mon collègue et ami, le chirurgien chargé des ophthalmiques à l'hôpital, venait le voir de temps en temps et avait fait le pronostic le plus fâcheux. Toutefois, malgré l'état de faiblesse du sujet au moment où l'iritis se manifesta, malgré la gravité du mal affectant les deux yeux à la fois, en dépit même de l'occlusion apparente de l'une des pupilles, je persistai dans mon traitement et j'eus la satisfaction de le voir réussir parfaitement. On pourrait m'objecter, il est vrai, que l'amendement eût été plus rapide si j'avais employé le calomel. C'est là une assertoin fort difficile à vérifier, attendu que les oculistes n'ont pas encore très bien fixé la durée ordinaire d'une iritis rhumatismale violente avec conjonctivite. D'après Wharton Jones (1), si le mal est pris en temps, avant que l'exsudation soit faite, et s'il est traité convenablement, il peut être guéri en trois ou quatre semaines. Au reste, ce qu'on nomme des remèdes actifs n'auraient pu sans danger être mis en œuvre chez notre malade, bien que l'exsudation fût très forte. La guérison radicale de l'œil droit en cinq semaines, et celle de l'œil gauche en six, me semblent en somme un court espace de temps, si l'on considère toutes les circonstances concomitantes. Au demeurant, cette observation démontre qu'on peut guérir les iritis rhumatismales les plus graves sans employer de mercure ni de moyens antiphlogistiques bien actifs. Le Dr Williams, de Boston, qui exerce sur un théâtre assez vaste, est d'ailleurs arrivé à des conclusions identiques (voir t. I, p. 404). J'ai encore traité à l'Infirmerie, quatre autres individus atteints d'iritis rhumatismale, sans donner de mercure; tous ont guéri parfaitement.

Obs. CCXCI (2). — *Goutte chronique avec dépôts tophacés dans toutes les articulations.*

Commémoratif. — Thomas Burns, fabricant de pipes, entré le 4 novembre 1857, a eu une première attaque de goutte, lorsqu'il habitait Glasgow, il y a dix ans et demi. Les deux gros orteils commencèrent à s'enfler et à le faire souffrir; peu de temps après, ce fut le tour des chevilles et des genoux. Le sujet fut obligé de garder la chambre durant un mois, se trouvant incapable de marcher et même de supporter des chaussures. Depuis lors, il a eu en moyenne trois attaques semblables chaque année; le printemps et l'automne étaient ses plus mauvaises saisons; cependant, il n'a presque jamais dû garder la chambre plus d'une semaine. Les accès commençaient ordinairement par des frissons suivis d'une fièvre plus ou moins accentuée et de gonflement de l'une ou de l'autre articulation. Dès la première attaque, dit-il, des concrétions crayeuses se sont formées à ses gros orteils et, depuis lors, il lui en est venu aux pieds, aux genoux, aux coudes et aux mains; la main droite, notamment, est toute déformée par ces concrétions. Le patient est d'ailleurs dans l'habitude de les inciser dès qu'elles deviennent assez superficielles ou trop douloureuses, et de les extirper lui-même. A deux reprises diffé-

(1) *Ophthalmic Medecine and Surgery*, p. 150.
(2) Recueillie par M. Wilkes, élève du service

rentes, il est venu à l'Infirmerie d'où il est sorti soulagé. L'accès pour lequel il vient nous trouver date déjà de six semaines et affecte principalement les chevilles. Ce n'est pas à dire qu'il n'ait point fait de remède : on l'a saigné, on lui a mis des ventouses et on lui a prescrit une multitude de médicaments. Il a eu l'habitude de boire beaucoup de *porter* et aussi pas mal de liqueurs, jusque trois semaines avant son premier séjour à l'Infirmerie, au mois de juin 1856; mais depuis lors, il est devenu plus sobre.

Symptômes a l'entrée. — Le malade se plaint de douleur dans le poignet gauche et dans les deux chevilles lesquelles sont enflées et gardent les impressions digitales. Les articulations des doigts présentent, notamment à la main droite, des nodosités produites par de nombreux dépôts tophacés gros comme des grains de moutarde, recouverts par la peau luisante, amincie et tendue par-dessus. Le coude et les genoux sont semblablement affectés, principalement autour de l'olécrane et des deux rotules. Les orteils ne sont pas autant déformés que les doigts. La pression éveille de la douleur dans la région lombaire du côté droit. Les urines contiennent de faibles traces d'albumine. Les autres fonctions ne laissent rien à désirer. Pr. *Acétate de potasse*, 9 *grammes. Ether nitrique alcoolisé*, 2 *grammes. Teinture de colchique*, 4 *grammes. Mixture camphrée* 220 *grammes. M. En prendre* 30 *grammes, trois fois par jour.*

Marche de la maladie. — 25 *novembre*. De petits abcès se sont formés sur une des rotules et sur un talon; on leur applique des cataplasmes. La potion n'a pas semblé produire d'effet; on l'a donc discontinuée. — 18 *décembre* La nuit dernière, le sujet a été pris de douleurs lombaires aiguës, accompagnées de symptômes fébriles; l'examen de l'urine y a fait découvrir beaucoup d'albumine. Ce liquide dépose un sédiment dans lequel on voit au microscope un grand nombre de cellules épithéliales du rein et des cylindres granuleux et desquamatifs des tubuli sécréteurs. *Tirer* 150 *grammes de sang, au moyen de ventouses scarifiées, à la région lombaire, et donner, ce soir*, 0,65 *centigrammes de poudre de Dover.* — 21 *décembre*. Amélioration sensible. Diminution de l'albumine dans l'urine. Prescr. : *Phosphate d'ammoniaque*, 4 *grammes. Teinture de gentiane composée*, 30 *grammes. Infusé de gentiane composé*, 150 *grammes. M. Prendre un quart de cette potion dans un demi verre d'eau trois fois par jour.* — 6 *janvier* 1858. Depuis une quinzaine de jours le sujet a relativement peu souffert et en somme il allait mieux. La nuit dernière, il lui est revenu des symptômes fébriles et des douleurs parmi tout le corps. Aujourd'hui, les articulations des membres, spécialement des mains, sont très douloureuses. *Appliquer des cataplasmes sur les mains. Donner toutes les heures* 4 *grammes d'acétate d'ammoniaque liquide.* — 8 *janvier*. Il s'est produit une forte transpiration et un mieux sensible est survenu; toutefois, il reste encore de vives douleurs dans les articulations. Les cataplasmes ont entraîné plusieurs fragments des tophus les plus superficiels. Ces fragments sont de couleur jaune-pâle, friables, et, sous le microscope, présentent de petits cristaux aiguillés d'urate de soude. Pr. *Phosphate d'ammoniaque*, 2 *grammes. Teinture de colchique*, 4 *grammes Eau*, 180 *grammes. M. A prendre en trois fois dans la journée.* — 22 *janvier*. Les douleurs articulaires ont totalement cessé depuis dix jours. On congédie le sujet.

Commentaire. — Voilà, à ma souvenance, seulement le troisième cas de goutte que j'aie vu dans les salles de l'Infirmerie Royale. Il est d'ailleurs assez remarquable que les Écossais sont généralement peu sujets à cette maladie. On s'accorde à attribuer cette immunité à leurs habitudes frugales et, plus spécialement, à la consommation de whisky au lieu de boissons malées ou de vin. Le Dr William Budd, dit que la goutte est très com-

mune parmi les ouvriers occupés sur la Tamise à draguer le dépôt de la rivière. Ces hommes boivent journellement de cinq à huit litres de porter, et pas mal de liqueurs par-dessus le marché (1). Il est assez curieux que notre homme nous offre à peu près les mêmes habitudes; c'est donc à ces dernières qu'il faut attribuer son affection. Il nous a avoué que, depuis un certain nombres d'années, il avait contracté l'habitude de boire plusieurs litres de porter et de quatre à huit petits verres de whisky par jour. La goutte est inconnue dans sa famille. A maintes reprises, les accès ont coïncidé avec l'excrétion des produits morbides par les reins, offrant tous les symptômes de la maladie de Bright, notamment de l'albumine dans l'urine, l'exfoliation de l'épithélium et la formation de cylindres moulés dans les tubules urinifères. Au bout d'une semaine, cependant, tous ces symptômes disparaissaient et le malade était débarrassé pour quelque temps. Pour ce qui est du traitement, il faut le dire, aucun remède ne semble avoir produit des effets durables. Cette impuissance tient sans doute à la présence des dépôts tophacés, lesquels, entretenant une irritation plus ou moins forte, déterminaient les attaques locales, et celles-ci, à leur tour, provoquaient des symptômes constitutionnels avec des manifestations fébriles et des troubles du côté des reins.

SCORBUT.

Obs. CCXCII (2).

James Dermot, âgé de 21 ans, ouvrier au chemin de fer, fut admis à l'infirmerie le 27 mai 1847. Cet homme a travaillé à la ligne du Caledonian railway pendant neuf mois et il s'était toujours bien porté, lorsqu'il y a trois mois, il reçut un coup sur le tibia de la jambe droite. Il s'ensuivit une plaie qui se transforma en ulcère. Cet homme se nourrissait de pain, de café, de jambon, de beurre et de sucre, mais jamais il ne prenait de lait ni de légumes verts. A son arrivée, on constate un ulcère de forme elliptique, d'environ cinq centimètres, situé sur la partie médiane du tibia; des granulations livides et irrégulières le recouvrent et il est entouré d'un bord taillé à pic, de couleur violacée. Un second ulcère de la largeur d'un franc est situé au-dessous du premier et un troisième à son côté externe. Il y a un an et demi, cet homme a eu la jambe gauche brulée et on y voit encore un certain nombre de petits ulcères, en tout semblables à ceux de la jambe droite. L'un d'eux situé plus bas que les autres, a au moins la largeur d'une pièce de deux francs. Les gencives sont gonflées et saignantes, mais non livides. Le pouls est à 74, dépressible. Il y a de la constipation. *Régime généreux. Pr. Alun, 4 grammes. Eau 240 grammes. F. diss. Pour gargarisme.* Pr. *Suc de citron, 90 grammes. Sucre, 45 grammes. Eau, 45 grammes. M. A prendre dans la boisson de la journée.* — *27 juillet.* Les ulcérations se sont fermées, le malade a repris graduellement des forces; on le congédie.

Obs. CCXCIII (3).

John M'Kenzie, 26 ans, ouvrier au chemin de fer, entré le 7 juillet 1847, s'était depuis une couple de mois nourri uniquement de thé et de café avec du pain, du

(1) *Librairy of Medecine*, vol. V, p. 219.
(2) Recueillie par M. J. A. Robertson, élève du service
(3) Recueillie par le même.

Digitized by Google

beurre et du sucre, sans jamais prendre de lait. Il y a quinze jours, il ressentit de la douleur et remarqua un certain gonflement à la jambe gauche. Quelque temps après, la droite fut prise de la même manière. Il survint alors des épistaxis à tel point qu'il a fallu faire le tamponnement des fosses nasales il y a deux jours. A son arrivée, la jambe gauche est fortement enflée et violacée, surtout à sa face antérieure et au côté interne. La droite offre un aspect analogue mais à un moindre degré. Le sujet se plaint de mal et de raideur dans ces deux membres, principalement vers les chevilles. Les gencives sont légèrement boursoufflées, livides sur les bords, mais ne saignent pas lors de la mastication. Le pouls est à 80, dépressible. La langue est nette. Les selles sont régulières. On se contente de prescrire un bon régime. — 20 *juillet*. Cet homme a repris peu à peu ses forces et quitte l'Infirmerie en parfait état.

Commentaire. — Depuis le mois d'octobre 1846 jusqu'à pareille date l'année suivante, pas moins de deux cent trente et un malades atteints de scorbut se sont présentés à l'hôpital; parmi eux, trente étaient atteints de fièvre continue. Sur ce chiffre total, il ne s'est trouvé que neuf femmes, dont sept succombèrent. L'année précédente un seul cas s'était présenté à l'Infirmerie, et l'année d'après il y en eut seulement six. Pour ma part, je n'ai pas traité moins de soixante-dix à quatre-vingts de ces malades, qu'on avait réunis sous un long hangar, construit exprès pour eux. Ils avaient été confiés aux soins du Dr Christison; mais comme il avait dû se faire suppléer, ce fut moi qui le remplaçai. En même temps, je voyais encore un certain nombre d'autres cas dans les salles dont je faisais le service régulier. En ce moment là, il existait aussi une épidémie très meurtrière de fièvre typhoïde et de typhus. Chose assez singulière, les causes qui produisaient le scorbut chez les travailleurs et notamment parmi les ouvriers employés à la construction de nos chemins de fer, ces causes, dis-je, étaient toutes différentes de celles qui donnent habituellement lieu aux fièvres continues. La récolte des pommes de terre avait manqué durant deux années consécutives ce qui avait obligé les classes nécessiteuses à se contenter d'un régime dans lequel faisaient défaut non-seulement les végétaux verts, mais encore le lait et la viande fraiche. Parmi les ouvriers du chemin de fer, le fâcheux système d'approvisionnement de denrées de qualité inférieure qu'on livrait à l'ouvrier à des conditions et avec un mode de crédit contraires à de sages principes économiques, contribua pour une large part, avec l'absence de légumes, à la production de la maladie. L'hiver précédent avait été très rigoureux et très long, de sorte que non-seulement toutes les denrées étaient hors de prix, mais que la population eut encore beaucoup à souffrir des rigueurs de la température. Quoi qu'il en soit, cette insuffisance de l'alimentation et spécialement le manque de viande fraiche, de lait ou de légumes étaient les facteurs ordinaires de la maladie. Comme on le pense bien, il suffit dans la plupart des cas de donner à ces malades l'excellent régime ordinaire de l'Infirmerie (Obs. CCXCII) ou dans les cas plus graves 60 à 90 grammes de suc de citron avec un peu de vin (Obs. CCXCIII). Ces simples moyens, pourvu que le malade ne fût pas dans un état de prostration trop profonde avant son arrivée, amenaient régulièrement la guérison dans une période de temps qui variait de trois à six semaines selon l'intensité de l'affection.

Le plus grand nombre des cas s'est présenté entre le mois de janvier et le mois d'août.

Le Dr Christison, qui a fait une relation remarquable de cette épidémie telle qu'elle s'est montrée à Edimbourg et dans le Pénitentiaire de Perth (1), établit à l'évidence que le manque de lait ou de ses équivalents azotés, contribue pour une large part à la production de cette maladie. Ainsi, dans la prison pénitentiaire de Perth, on avait imaginé de remplacer le lait par de la mélasse; on fit donner de nouveau du lait aux condamnés et plus un seul cas nouveau ne se présenta. D'un autre côté, le Dr Lonsdale a montré que dans les vallées agricoles du Cumberland, où le lait est très abondant (2), c'est au manque de pommes de terre et de légumes qu'il fallait attribuer l'épidémie. La conclusion qui semble découler de ces observations, c'est que le maintien de la santé exige un régime varié, et qu'une abstinence trop absolue de lait et de viande fraîche peut, aussi bien que la privation de légumes verts, déterminer le scorbut. Les observations du Dr Christison démontrent incontestablement les propriétés d'un régime généreux comme celui de l'Infirmerie d'Edimbourg; car nous nous sommes le plus souvent bornés à ces moyens et les malades guérissaient rapidement.

Le tableau suivant donne en onces (31,09 gr.) les proportions des principes nutritifs contenus dans le régime des bien portants, des convalescents et des scorbutiques :

	NON-AZOTÉ.				AZOTÉ.					
	Total.	Amidon.	Sucre.	Graisse.	Gluten.	Légumine.	Albumine.	Caséine.	Fibr. musc.	Total.
I. RÉGIME ORDINAIRE										
1. Scott. Prison modèle . . .	25.2	18.7	1 32	0 11	3 96	0 13	0.03	1.36	0.55	6 03
2. Glasgow Prison de 3e classe	25.0	18.2	0.82	0.16	4 07	0 13	0.04	1.36	0.25	5 85
3. Edinbourg. Prison de 3e classe	24 3	17 8	1.56	0.13	3 89	0.23	0 04	0.58	0.23	4.79
4. Millbank Prison, id. 1841. .	25.0	19 4	..	0 85	3.01	0.47	0 36	..	1.21	5 05
5. Dito, des condamnés, 1840. .	23 1	17.9	.	0.87	3 06	..	0.23	0.40	0 99	4.74
6. Dublin Bridewell, 1847 . .	19 5	15.4	0 05	0 60	2.95	..	..	1.57	0.94	5 94
II. RÉGIME DES CONVALESCENTS.										
7. Infirmerie d'Edimbourg. Ration entière.	19.4	11 6	1 10	1.26	2 36	..	0.01	1.50	1.65	3.52
8. Régime des fiévreux convalescents	20 1	11.1	1 50	3.88	1.82	..	0.42	0.03	2.16	4.40
III. RÉGIME DES SCORBUTIQUES.										
9. Prison générale, 1846. . .	24.2	17 8	1.56	1 11	3 96	0 13	0.03	0.37	0.55	4 40
10. Prison de Millbank, 1823 .	20 9	16 8	..	0 20	3 80	..	..	..	0 30	3 98
11. Dito militaire, 1840-41 . .	18 9	15.3	..	0 58	2 97	0 23	.	..	0 78	3 78
12 Dito amélioré, 1841.	19 2	15.0	..	0.58	3.04	0 21	0.04	..	0 64	3.89

NOTE. 1, 2, 3. Régime des prisons modèles de 3e classe de l'Écosse, en vigueur dans la prison générale à Perth, dans les années ordinaires 4 Régime du pénitentiaire de Millbank, à Londres, avant d'être changé comme au No 10. 5 Régime des condamnés civils de la prison de Millbank, lesquels n'eurent pas le scorbut, tandis que les militaires en étaient atteints, avec le régime du No 11. Ces données ont été fournies par le Dr Baly, médecin de la dite prison 6. Régime actuel de la prison de Dublin pour les hommes ayant à subir une longue détention. 7. Ration entière de l'Infirmerie royale d'Edimbourg avec laquelle les scorbutiques guérissent promptement 8 Régime d'un convalescent de fièvre appartenant à la classe riche; sous l'influence de ce régime les forces et l'embonpoint reviennent rapidement. 9. Régime de la prison générale avant l'apparition du scorbut 10. Régime de la même prison avant l'épidémie scorbutique de 1823. 11 Régime de la prison militaire de Millbank, avant l'épidémie de scorbut de 1840-41. 12 Régime suivi durant l'épidémie, mais trouvé insuffisant.

Les individus soumis au régime des catégories I et III étaient tous des détenus à long terme.

(1) *Monthly Journal of Medical Science*, juin et juillet 1847. Voir aussi une brochure du Dr Ritchie, intitulée *On Scorbutics*, parue vers le même temps, à Glasgow.

(2) Opér. cit., août 1847.

Considérant la composition chimique tant des aliments reconnus comme pouvant donner lieu au scorbut d'une part, que des substances possédant des propriétés antiscorbutiques incontestables, d'autre part, le Dr Garrod conclut que l'absence de potasse est la cause du scorbut. Ainsi il montre : 1° que la potasse manque dans le régime scorbutique; 2° que toutes les substances reconnues comme antiscorbutiques, notamment la viande fraîche, les légumes verts, le lait, le jus de citron, contiennent une forte proportion de potasse; 3° que dans le scorbut, le sang est pauvre en potasse et que la proportion de cette dernière, qui est rejetée par les reins, est moindre que dans l'état normal; 4° que les scorbutiques, tout en continuant le régime qui a donné lieu à la maladie, guérissent très bien si l'on ajoute quelques grains de potasse à leurs aliments. D'ailleurs les sels de potasse tels que le nitrate, l'oxalate et le bitartrate sont des antiscorbutiques bien connus; mais on a toujours attribué leur efficacité, plutôt à l'acide qu'à l'alcali qui entrent dans leur composition; 5° Que le manque de potasse dans l'économie semble expliquer quelques-uns des symptômes de cette affection, entre autres la faiblesse musculaire, puisque la potasse est un élément essentiel du système musculaire. Ces considérations sont dignes d'être méditées, seulement il est à regretter qu'elles n'aient été publiées qu'après la disparition de l'épidémie qui a fourni l'occasion de les produire (1).

POLYDIPSIE.

Obs. CCXCIV (2). — *Polydipsie soudaine. — Incurable.*

Commémoratif. — Margaret Shearer, polisseuse française, âgée de 34 ans, entrée le 31 mai 1854, raconte qu'il y a dix-huit mois, s'étant rendue comme d'habitude à son travail vers six heures du matin, au bout de deux heures elle fut tout-à-coup prise d'une soif ardente qui ne l'a plus jamais quittée et qui s'est accompagnée d'une abondance d'urine extraordinaire. Trois mois après, elle fut obligée de quitter son travail par suite des douleurs intenses qu'elle ressentait dans les reins. A diverses reprises elle perdit l'appétit, eut des nausées, un sentiment de plénitude dans l'abdomen, des palpitations, de la constipation ou de la diarrhée. Sentant ses forces diminuer de plus en plus, elle se décida à entrer à l'Infirmerie.

Symptômes a l'entrée. — La malade rend en moyenne, dans les vingt-quatre heures, douze à quatorze litres d'une urine pâle, ayant un poids spécifique de 1005, ne se coagulant ni par la chaleur ni par l'acide nitrique et ne contenant aucune trace de sucre. La malade est une femme bien constituée, à l'air robuste, mais au teint pâle. Elle a la langue saburrale et la peau sèche; mais sous tous les autres rapports sa santé ne laisse rien à désirer. Le Dr Alison, qui la traita en premier lieu, lui prescrivit des bains chauds et des astringents, puis des secousses d'électricité galvanique dans la région de l'épigastre. Ayant repris le service de la clinique vers la mi-juin, je lui prescrivis des toniques amers, un régime scrupuleusement réglé; en même temps je restreignis la quantité d'eau à boire et j'y fis ajouter du lait et un peu de magnésie; cependant l'état de la malade ne s'améliora pas et elle prétendit qu'elle ne pouvait supporter plus longtemps cette privation

(1) *Monthly Journal of Medical Science*, janvier 1848

(2) Recueillie par M. James Thorburn, élève du service.

de boisson. Durant tout le mois de juillet, on la pesa chaque jour, ainsi que la quantité d'eau qu'elle buvait et celle d'urine qu'elle rendait : elle pesait environ cinquante-un kilogrammes et ce poids variait très-peu. La quantité d'eau ingérée quotidiennement était de onze à seize litres et celle d'urine rendue, de dix à quinze. Il est à remarquer que la première de ces quantités surpassait toujours la seconde d'un demi litre à un litre et demi. Quant au poids spécifique de l'urine il variait de 1001 à 1005. Ce liquide ne contenait pas de sucre, ainsi que l'ont constaté diverses analyses; il y avait de jour à autre une selle d'aspect et de consistance ordinaires.

Marche de la maladie. — Du 9 au 14 juillet, j'essayai l'effet des narcotiques : je fis donc prendre à la malade vingt centigrammes d'opium chaque jour, avec six grammes et enfin huit grammes de solution de morphine; ce traitement eut pour effet de produire de l'hébétude et de l'assoupissement, mais jamais un sommeil profond ni prolongé; quant à la soif et à la diurèse elles ne furent nullement diminuées. Je lui fis prendre alors de fortes doses d'acide gallique et finalement de l'huile de foie de morue; sous l'influence de cette dernière, elle reprit des forces et de l'embonpoint, et son appétit s'améliora. — 22 *août*. On cesse tous les autres traitements et on prescrit dix gouttes de liqueur d'iode composée; on continue ainsi jusqu'au 14 septembre sans aucun effet. — 16 *septembre. On prescrit : masse pilulaire d'aloès et de myrrhe*, 1,25 *grammes; sulfate de fer*, 2,50 *grammes; extrait de jusquiame*, 2,50 *grammes. F. S. A.* 12 *pilules; en prendre deux trois fois par jour*. — 26 *septembre*. Les pilules ont occasionné de la diarrhée; on en fait cesser l'usage et on donne une potion astringente. On trouve dans le registre de la clinique au 1er octobre : « Santé générale bonne; d'après ce qu'on a observé pendant la première semaine de ce mois, la soif et la diurèse sembleraient avoir un peu diminué; la quantité d'urine rendue varie entre huit et dix litres. » Le 10, elle sortit de l'hôpital dans le même état.

Commentaire. — Je préfère donner à ce cas le nom de polydipsie plutôt que celui de diabète insipide, attendu que, d'après les déclarations réitérées de la malade, le mal a commencé par de la soif, et l'hypersécrétion de l'urine est un simple effet de la quantité d'eau ingérée. Dans l'état actuel de la science on ne parvient pas à s'expliquer comment une femme en apparence bien portante, puisse être saisie tout-à-coup d'une soif intense, boire de dix à quinze litres d'eau par jour, rendre une quantité d'urine relativement aussi forte, et que ce phénomène se continue durant deux années sans affecter considérablement la santé. En l'absence de toute indication fournie par la science, le traitement devait être tout simplement empirique, d'autant plus que les résultats de l'expérience sont entièrement négatifs. Les astringents, les diaphorétiques, le galvanisme, les narcotiques, l'huile de foie de morue, l'iode et les purgatifs, tout a échoué. Les derniers, en augmentant la sécrétion des intestins, ont bien un peu diminué l'excrétion de l'urine. Néanmoins, après un séjour de quatre mois de cette malade à l'Infirmerie, nous ne pouvons pas même nous flatter de lui avoir été d'aucun secours.

Obs. CCXCV (1). — *Polydipsie durant les deux derniers mois de la grossesse. — Guérison après la délivrance.*

Commémoratif. — Mary M'Donald, 34 ans, mariée, entrée le 25 novembre 1860, est actuellement dans le septième mois de sa grossesse. Depuis huit à neuf semai-

(1) Recueillie par M. Kenneth-M'Leod, élève du service.

nes, elle est tourmentée par une soif insatiable ; souvent elle avale deux ou trois verres d'eau l'un à la suite de l'autre et, dans les vingt-quatre heures, elle ne prend pas moins de six litres de liquide. Cet état de choses a dès le début offert la même intensité ; dans ces derniers temps il est survenu de la toux avec expectoration.

Symptômes a l'entrée. — Les fonctions digestives s'exécutent parfaitement, à part cette soif immodérée, laquelle est surtout intense le matin et après les repas, lors même qu'ils sont composés en grande partie d'aliments liquides. La malade éprouve d'abord un sentiment de sécheresse dans la bouche, à la langue et dans la gorge ; un malaise étrange la saisit si elle ne peut satisfaire sa soif. Trois ou quatre verres d'eau lui suffisent généralement pour se désaltérer ; elle rend, à de courts intervalles, de grandes quantités d'urine. Le besoin de lâcher l'eau se fait sentir peu de temps après avoir bu et ce liquide s'échappe à flots même malgré la malade. La percussion sur la poitrine donne partout un bruit sonore, mais à l'auscultation on entend de forts râles sibilants et sonores des deux côtés de la poitrine, dans les deux tiers supérieurs des deux poumons. Toux violente revenant par accès : Expectoration abondante et aqueuse. Pouls à 104, faible. Sécheresse de la peau. Autres fonctions normales. Pr. : *Éther sulfurique alcoolisé*, 8 *grammes. Chlorodyne*, 4 *grammes. Mixture de scille*, 180 *grammes. M. En prendre une cuillerée à soupe toutes les fois que la toux est trop fatigante.*

Marche de la maladie. — A partir du mois de novembre, la bronchite diminua graduellement et disparut vers le 20 décembre. La malade boit, indépendamment d'une certaine quantité de liquides alimentaires pris aux repas, environ trois à quatre litres d'eau par jour et rend de quatre à sept litres d'urine claire comme de l'eau, ayant un poids spécifique de 1005. — 27 *décembre*. Aujourd'hui, cette femme a mis au monde un garçon bien portant ; l'accouchement s'est terminé sans encombre et assez vite. — 28 *décembre*. La soif et la sécheresse de la bouche ont considérablement diminué. — 29 *décembre*. Pas de soif ; un litre et demi d'urine ; rétablissement rapide. A partir de ce jour, la polydipsie a cessé et cette femme ne rend plus guère qu'un litre et demi à deux litres d'urine par jour. Le 3 janvier, elle quitte l'hôpital avec son enfant.

Commentaire. — Nous retrouvons ici les mêmes phénomènes que dans le cas précédent, toutefois avec moins d'intensité. L'état de grossesse s'opposait à une médication active quelconque ; aussi n'avons-nous administré aucun médicament. Cette femme nous apprit que lors de sa grossesse précédente, elle avait déjà souffert de la même soif excessive, mais que tout était rentré dans l'ordre après la délivrance. Nous nous sommes donc borné à traiter la bronchite, et la polydipsie cessa d'elle-même après l'accouchement.

URÉMIE.

Obs. CCXCVI (1). — *Urémie. — Maladie de Bright. — Dysenterie. — Céphalalgie et symptomes cérébraux. — Coma. — Mort. — Cerveau normal. — Atrophie des reins.*

Commémoratif. — Christian Gutormison, 36 ans, matelot norwégien, entré à l'Infirmerie le 4 juin 1866, a joui d'une bonne santé jusqu'au mois de janvier dernier, Il fut alors forcé de s'aliter tout un mois à cause de douleurs dans la tête et de délire, ce que le médecin qui le soignait qualifia de méningite. Depuis le mois de

(1) Recueillie par M. Fred. Churchill, élève du service.

février, il urine plus souvent qu'autrefois et a recommencé à souffrir de la tête. Il y a trois semaines il s'est aperçu que toutes les fois qu'il descendait sous le pont, il cessait tout-à-coup et pour quelques instants de voir distinctement et souvent il rendait ce qu'il avait pris. Il a aussi eu la diarrhée. Depuis huit jours, il a remarqué un certain gonflement des paupières et de l'œdème aux chevilles et aux jambes. Le sujet n'a jamais eu des habitudes d'ivrognerie.

Symptômes a l'entrée. — Le malade est un homme à l'air robuste, au teint bronzé par le soleil, mais plutôt coloré que pâle. Les paupières sont enflées et gardent l'impression du doigt qu'on y appuie; aucune autre région n'est le siége d'œdème; il dit cependant, que les chevilles gonflent un peu vers le soir. En 24 heures, il a rendu un litre et demi d'urine pâle, ayant un poids spécifique de 1007; la chaleur y produit un précipité d'albumine qui occupe le cinquième de la hauteur du tube d'essai. Langue humide et un peu chargée. Soif vive; appétit nul; légère douleur à la région épigastrique. Selles fréquentes, molles ou aqueuses. Pouls à 80, de force suffisante. Bruits du cœur normaux. Rien à noter du côté des autres organes. — 6 *juin*. 1300 grammes d'urine très albumineuse. *Ventouses sèches à la région des reins*. Pr. *Bitartrate de potasse*, 12 *grammes; en six paquets. En prendre un matin et soir*. — 7 *juin*. Il a été rendu 1500 grammes d'urine incolore, contenant un peu moins d'albumine. — 8 *juin*. 1800 grammes d'urine incolore comme de l'eau, toujours très albumineuse; les chlorures y sont en proportion normale; au microscope, on y découvre des cylindres granuleux et quelques cellules de pus. — 9 *juin*. Urine moins albumineuse. Épistaxis assez forte aujourd'hui; le malade dit que le matin il avait déjà mouché un peu de sang caillé. Céphalalgie et sentiment de pesanteur dans les yeux. Deux litres d'urine. — 10 *juin*. Légère épistaxis la nuit dernière. Céphalalgie persistante. Pouls à 80, suffisamment fort. Sécheresse de la peau mais sans excès de chaleur. Quantité d'urine un peu moins forte qu'hier, contenant toujours assez bien d'albumine. *Gargariser la gorge avec de l'eau chaude et donner un bain chaud*. — 11 *juin*. Nouvelle épistaxis vers 4 heures du matin, suivie de gêne de la respiration et d'un peu de toux. 1600 grammes d'urine; soumise à l'ébullition dans un tube d'essai et traitée par l'acide nitrique, le précipité qui s'y dépose occupe environ le septième de la hauteur de la colonne liquide. Vers 10 heures du matin, le malade eut une selle composée entièrement de caillots de sang, pouvant équivaloir à 100 ou 150 grammes. Respiration profonde et laborieuse; on compte jusqu'à 30 inspirations par minute. A l'auscultation on entend, en avant comme en arrière de la poitrine, de gros râles humides dans toutes les bronches. Petits accès de toux, ramenant un peu d'expectoration spumeuse et teinte de sang. Pouls à 104, plein et dur. La percussion donne une sonorité normale dans toute l'étendue de la poitrine. Agitation; état semi-comateux; intelligence vague. Pupilles contractées et insensibles à la lumière. Pas de vomissement. A la visite, vers midi et demi, la langue est sèche et racornie; la céphalalgie semble avoir redoublé; le pouls est à 96, assez fort; la poitrine est partout sonore à la percussion; il reste des râles sibilants mais plus aucun râle humide. Cependant la respiration est très laborieuse, et il y a encore quelques crachats sanguinolents. *Appliquer des ventouses sèches à la nuque et au dos. Raser les cheveux et mettre des compresses froides sur la tête. Faire prendre* 2 *grammes d'éther sulfurique alcoolisé, toutes les deux heures*. — 9 *heures du soir*. La respiration est de plus en plus laborieuse; inspiration prolongée; râles trachéaux; état comateux plus prononcé. Pouls à 92, plus faible. Parfois le malade demande encore un peu d'eau, mais il refuse les boissons nutritives ou stimulantes. Refroidissement et sécheresse de la peau. Urines involontaires. Les mains se portent bien souvent à la tête, comme pour indiquer qu'elle est le siége d'une vive souffrance. Le lendemain, vers 5 heures du soir, le malade a encore une selle noirâtre; le coma devient de plus en plus profond et la mort arrive la nuit suivante à deux heures du matin.

Autopsie. — Vingt et une heures après la mort.

Léger œdème des chevilles.

Tête. — Les méninges offrent leur aspect normal. Le cerveau est pâle mais n'est le siége d'aucune altération.

Poitrine. — *Cœur.* — Quelques plaques laiteuses sont disséminées sur le feuillet viscéral du péricarde. La cavité séreuse contient aussi un peu de lymphe fibrineuse grise, formant en quelques endroits des brides peu solides entre les deux feuillets du péricarde surtout à la surface auriculaire. Le cœur est hypertrophié et pèse 600 grammes. Sa moitié gauche est surtout atteinte. Les valvules fonctionnent suffisamment. La substance musculaire et les cavités sont normales. — Les *poumons* sont volumineux et excessivement infiltrés. Les bronches renferment en quantité considérable un liquide aqueux et comparativement peu de mucosité et de muco-pus. La muqueuse n'est ni épaissie ni congestionnée. Le bord antérieur des deux poumons est légèrement atteint d'emphysème.

Abdomen. — Le *foie* paraît sain, à part quelques brides anciennes qui l'unissent au diaphragme, et quelques endroits où sa capsule est épaissie. La *rate* adhère également au diaphragme; elle est hypertrophiée et pèse 270 grammes. Les *reins* sont petits et pèsent ensemble seulement 270 grammes. Leur surface est rugueuse, toutefois la capsule s'enlève sans aucune difficulté. Le parenchyme est généralement pâle, sauf en certains endroits où il existe de la congestion et quelques extravasations sanguines. L'*estomac* a conservé ses dimensions naturelles, toutefois sa muqueuse est un peu ramollie et foncée en couleur. Les *petits intestins* renferment une quantité considérable de matière liquide, noirâtre. La muqueuse, spécialement vers l'extrémité inférieure, a une teinte d'ardoise foncée; nulle part on n'y voit d'ulcérations. La membrane muqueuse du gros intestin est encore plus foncée en couleur et, sur toute son étendue, il existe des cicatrices nombreuses ayant remplacé des ulcérations dont la plupart sont parfaitement guéries.

Examen microscopique. — Le stroma fibreux des reins est hypertrophié. Un certain nombre de tubes urinifères sont obstrués par des cellules graisseuses et par des granules; d'autres sont remplis de sang; d'autres encore renferment une substance hyaline, semblable à de la cire, et qui se colore par l'iode. Une partie des cellules hépatiques sont distendues, graisseuses; plusieurs contiennent du pigment jaunâtre.

Commentaire. — Cet homme, atteint de la maladie chronique de Bright, a présenté dès le début une tendance aux complications cérébrales, notamment lors de cette attaque décrite comme une méningite. Ces manifestations se dissipèrent en grande partie, mais les lésions rénales continuèrent à faire des progrès; de la céphalalgie survint plus tard et le sujet succomba dans l'état comateux. Il n'est pas douteux que ces phénomènes soient le résultat d'un empoisonnement urémique, attendu que les deux reins étaient profondément altérés, la substance tubulaire était obstruée, et, d'ailleurs, le cerveau et ses membranes ne présentaient aucune espèce de lésion. (Voir également l'observation CXCIII.) Les manifestations dysentériques ont sans doute contribué à affaiblir le malade; mais elles ne paraissent pas avoir eu d'influence sur la marche de son affection; au reste, nous avons vu à l'autopsie que les ulcérations des intestins étaient évidemment anciennes et presque cicatrisées.

Obs. CCXCVII (1). — *Urémie. — Inflammation de tout le poumon droit. — Congestion partielle du poumon gauche, avec pleurésie. — Albuminurie. — Mort. — Cerveau normal. — Néphrite desquamative.*

Commémoratif. — John M'Nairny, 40 ans, manœuvre de maçon, admis à la clinique le 29 mai 1866, prétend s'être toujours bien porté. Cependant, d'après sa femme, il a toujours été faible; d'ailleurs il était fort mal nourri, ne recevant qu'un salaire très modique. Le vendredi 25 mai, il s'étendit, après avoir dîné, pendant trois quarts d'heure sur le gazon, par un beau soleil. En se relevant pour reprendre son travail, il éprouva une douleur lancinante au côté droit de la poitrine, il se remit néanmoins à l'ouvrage. Dans la soirée, il eut des frissons, se mit au lit et vomit un peu. Le lendemain matin il vomit davantage. On lui conseilla d'avaler d'un coup trois petits verres de whisky pour arrêter ses vomissements, ce qui l'étourdit tout-à-fait. Jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital, il n'a pris qu'un peu de lait et de limonade. Sa femme nous dit qu'il a travaillé durement toute sa vie et qu'il a toujours été mal nourri; parfois aussi il faisait des excès de boisson; il tousse depuis onze ans.

Symptômes a l'entrée. — 72 respirations par minute. Toux sèche et spasmodique; expectoration peu abondante de crachats spumeux rouillés, ou d'aspect gélatineux. A la percussion on trouve une légère matité dans toute l'étendue du côté droit; en arrière la matité est complète. A gauche la sonorité est normale. A l'auscultation, on entend la respiration tubaire dans tout le poumon droit, en avant; la résonnance de la voix est légèrement augmentée. A gauche, la respiration est puérile. La respiration est tubaire en arrière et à droite; il existe de fins râles crépitants dans la moitié inférieure. A gauche, la respiration est puérile au sommet et à la base; mais vers l'angle de l'omoplate la respiration est légèrement tubaire, la résonnance vocale augmentée et il se produit quelques fins râles crépitants. Le malade se plaint d'un malaise dans le côté droit, comme aussi dans la région de l'omoplate gauche. Bruits du cœur normaux. Pouls à 104, petit et faible. Langue nette à la pointe et sur les bords, mais chargée d'un enduit blanc au centre. Appétit presque nul; soif vive; selles régulières. Face injectée et exprimant l'anxiété. Chaleur à la peau; 40°,2 C. dans l'aisselle. Transpiration passagère. Urine légèrement citrine, à réaction acide, contenant à peine une trace de chlorures, pas d'albumine; poids spécifique, 1024. Système nerveux normal.

Marche de la maladie. — 31 *mai*. (7e jour après le frisson). Sommeil interrompu. Dyspnée intense; 68 respirations; toux fatigante; crachats gélatineux et rouillés. A gauche et en arrière, l'oreille perçoit quelques râles crépitants à l'inspiration et de la respiration tubaire dans la moitié supérieure du poumon. Température de l'aisselle droite, 39°7 C.; de l'aisselle gauche, 38,9 C. Absence de chlorures dans l'urine; poids spécifique de ce liquide, 1018; quelques traces d'albumine. Pouls à 112, faible. Langue nette. Le malade a pris seulement un quart de litre de bouillon, une tranche de pain et une tasse de lait à dîner et 180 grammes de vin par intervalles. — 1er *juin*. (8e jour.) Persistance de la dyspnée et de la toux. Respiration précipitée, à 68 par minute. Expectoration peu abondante, gélatineuse et teintée de sang. Gros râles muqueux dans tout le poumon droit. Pouls à 116, faible et dépressible. Langue humide, mais brune au centre. Température de l'aisselle gauche, 38,9 C. Le malade dit qu'il a bien dormi la nuit, cependant l'infirmière prétend qu'il a été très agité. Urine limpide, ayant la couleur du vin de Madère; poids spécifique, 1020; absence de chlorures; pas d'albumine; réaction acide. Le malade a pris seulement un peu de pain, de bouillon ou de lait aux repas, et 180 grammes de vin de Porto dans la journée. — 2 *juin*. Nuit mauvaise. Respiration un peu moins

(1) Recueillie par M. Fréd Churchill, élève du service.

embarrassée; toux moins pénible; expectoration plus facile; crachats moins rouillés; moins de malaise dans la poitrine à la suite des efforts de toux; respiration à 72. Langue nette et humide. Pouls à 124, petit et faible. Urine foncée en couleur, ne déposant point, ayant un poids spécifique de 1018, ne contenant point d'albumine ni de chlorures. Température de l'aisselle, 38°,9 C. Bouillon, lait et pain; 180 grammes de vin de Porto, pour la journée. — 3 *juin*. Respiration plus difficile; toux moins fatigante; expectoration, après beaucoup d'efforts, d'une grande quantité de crachats broncho-pneumoniques. Douleur dans le côté gauche à huit ou dix centimètres au côté externe du mamelon, exaspérée par les mouvements de la toux et de la déglutition. Respiration à 72. Langue sèche. Pouls à 134. Température à 40° C. Urine ayant la coloration du vin de Madère, contenant un peu d'urates mais pas de chlorures ni d'albumine. *Continuer le vin de Porto et donner en plus* 120 *grammes de gin*. Mettre des cataplasmes en permanence sur le thorax. Vers 9 heures du matin, la face devint livide; le malade se mit à délirer; cependant il répond encore sciemment aux questions qu'on lui adresse. Depuis ce matin il ne crache plus. 75 respirations par minute; orthopnée. Pouls à 162, très petit et filiforme. Soif; refus des aliments. *On a fait des applications de ventouses sèches sur la poitrine et on a donné du lait, du bouillon et de l'eau-de-vie autant que le malade en voulait prendre.* Il semble se ranimer un peu. Pouls à 150 et respiration à 72; cependant, au bout d'une demi-heure, les symptômes redeviennent aussi pressants que jamais. Pouls trop faible et trop rapide pour pouvoir être compté. Gros râles dans tout le côté droit et jusque dans la gorge; ces derniers s'entendent même à distance. Il est évident pour tout le monde que le sujet s'affaisse rapidement. Le Dr Wolston, interne, fait, en désespoir de cause, une saignée du bras de 240 grammes. Le sang coule lentement et a la consistance et la couleur de goudron. A la suite de la saignée, on constate un mieux momentané pendant une heure et demie; le pouls est à 165 et la dyspnée est moins forte. Peu d'instants après midi, le malade tombe dans le coma. On lui applique un drap mouillé mais sans obtenir d'effet; enfin il succombe à 3 heures après midi.

Autopsie. — Dix heures après la mort.

Corps. — Fortement amaigri. Le devant de la poitrine et le dos sont couverts de plaques violacées à l'endroit où l'on a mis les ventouses.

Tête. — Le cerveau et ses membranes, examinés avec soin, sont trouvés intacts.

Poitrine. — *Côté droit.* Il existe les adhérences faciles à diviser, des bandes de lymphe grisâtre disséminées et des taches hémorrhagiques de la grandeur d'un grain de millet à celle d'une pièce de deux francs, à la base du poumon droit et sur le quart de sa hauteur. Le poumon lui-même est volumineux, lourd et dense au toucher. Les coupes qu'on y pratique montrent partout de l'hépatisation grise et laissent exsuder un liquide sale, purulent. Les bronches sont remplies de mucosités spumeuses et la muqueuse qui les tapisse a une couleur d'acajou foncé. Le *poumon gauche* a conservé sa texture spongieuse. Le haut du lobe inférieur présente un point de congestion de la grosseur du poing, ayant assez de consistance et laissant suinter, quand on l'incise, une grande quantité de liquide spumeux. La plèvre qui recouvre ce point présente une couche de lymphe jaune, récemment coagulée, de trois millimètres d'épaisseur et d'environ cinq centimètres de largeur. Les bronches correspondantes sont également congestionnées, d'une couleur d'acajou foncé et recouvertes d'un mucus visqueux, rougeâtre; les petites ramifications sont remplies d'une matière purulente, sale et spumeuse. Le bord antérieur de ce poumon est emphysémateux. La cavité pleurale ne contient point de liquide. Le *cœur* est mou mais n'offre aucune altération. La partie supérieure du péricarde viscéral est pointillée de petites taches hémorrhagiques grosses tout au plus comme des grains de millet.

Abdomen. — Le *foie* est pâle, il a un aspect graisseux en quelques endroit. Les *reins* pèsent 375 grammes. Les substances corticale et tubulaire se présentent sur une coupe dans leurs proportions normales, seulement la première est un peu congestionnée. La *vessie* contient une petite quantité d'urine très foncée dans laquelle on trouve assez bien d'albumine. Les autres organes abdominaux sont intacts.

Examen microscopique. — En examinant la substance des reins sous un grossissement de 25 diamètres, on voit les corps de Malpighi et beaucoup de vaisseaux gorgés de sang ; en outre un certain nombre de tubes urinifères sont opaques. Ces derniers, à un grossissement de 250, apparaissent distendus par des cellules épithéliales de desquamation, agglutinées ensemble par un exsudat finement moléculaire. Ces cellules exprimées hors des tubes offrent des dimensions un peu exagérées et sont remplies d'un grand nombre de fines molécules situées entre la paroi et le noyau.

Commentaire. — Ce malade, atteint d'une pneumonie du côté droit, a été pris au dixième jour de symptômes cérébraux terminés par le coma et la mort. L'examen cadavérique a montré que les tubes urinifères étaient en grande partie obstrués, que l'urine était albumineuse et que le cerveau était parfaitement sain. Des vomissements se sont montrés tout au début de l'affection ; pour les faire cesser, le sujet ne trouva pas de meilleur remède que de boire quelques verres de whisky, liqueur dont il avait fréquemment abusé. La pneumonie simple ne saurait être une cause de coma ; mais lorsqu'elle se complique de néphrite aiguë, c'est presque infailliblement une affection mortelle. Cet homme était faible ; il avait fait des excès de boisson et n'aurait pu supporter des déplétions sanguines ; quand on a cru devoir y recourir, on l'a fait inutilement ; la mort a été le résultat de l'urémie. Le cas suivant montre bien l'avantage d'une constitution robuste et d'une grande énergie vitale. Il y est question d'un homme également atteint d'urémie et qui fut sauvé par la saignée, deux jours avant que le précédent succombât. Si j'ai rapporté d'abord cette observation, c'est parce que l'autopsie a montré d'une manière non équivoque, avec quelle rapidité l'empoisonnement urémique peut apparaître et devenir fatal. A la visite du 3 juin, nous n'avions constaté aucun symptôme dangereux ; à 9 heures du soir l'intelligence était entreprise ; le lendemain à midi, le malade était dans le coma, et le surlendemain à 3 heures du matin, il expirait.

Obs. CCXCVIII (1). — *Urémie. — Pneumonie double. — Albuminurie. — Coma. — Application du drap mouillé et saignée. — Guérison.*

Commémoratif. — Connel M'Coul, 26 ans, ouvrier au chemin de fer, est entré à l'Infirmerie le 28 mai 1866. Il déclare s'être toujours bien porté, travaillant beaucoup et n'ayant jamais fait d'excès. Le 26 mai au matin, avant de déjeuner, il fit un travail assez pénible et, comme il était tout en transpiration, il eut la malheureuse idée de boire un verre d'eau froide ; peu d'instants après, il éprouva des frissons et du mal de tête. Rentré chez lui vers neuf heures et demie, il déjeuna comme d'habitude avec du jambon et des œufs, et alla se mettre au lit où il resta toute la

(1) Recueillie par M. John Wilson Paton, élève du service.

journée. La nuit il dormit très mal par suite de malaise et de céphalalgie. Il ressentit également des douleurs dans les jambes, dans le dos et dans le côté droit de la poitrine, au-dessous du sein. Le lendemain il garda le lit toute la journée, sans dormir mais en transpirant beaucoup. Un médecin lui prescrivit de l'huile de ricin qui lui procura plusieurs évacuations. Il prit trois ou quatre petits verres de whisky; le soir il dormit de huit à dix heures; il ne put fermer l'œil du reste de la nuit. Cependant il ne toussait point, mais la douleur dans le côté droit persistait.

Symptômes a l'entrée. — Le malade est un homme vigoureux et ayant un certain embonpoint; il se plaint d'une légère toux et d'un point sous le mamelon droit. Les bruits du cœur sont normaux; le pouls est à 96, plein mais compressible; la céphalalgie a disparu, la langue est humide et recouverte d'un enduit blanc sur les bords et jaune au milieu. Le malade n'a plus rien pris depuis trois jours. Transpiration abondante; température à 40° C. 36 respirations à la minute; par de dyspnée. Le côté droit de la poitrine est le siége d'une matité qui s'étend depuis la cinquième côte jusqu'en bas; la sonorité est normale à gauche. En arrière, la moitié supérieure du poumon droit est passablement sonore; mais, à partir du niveau de la cinquième vertèbre dorsale jusqu'à la base, il existe une matité absolue. Du côté gauche les trois quarts supérieurs du poumon sont sonores; mais au-dessous de la neuvième vertèbre dorsale, on trouve une matité absolue. A droite l'inspiration est très courte et les murmures respiratoires sont généralement rudes. De fins râles crépitants s'entendent à l'inspiration, à partir de trois travers de doigt au-dessous du mamelon jusqu'à la base du poumon. Du côté gauche, les bruits respiratoires sont également rudes, mais l'oreille ne perçoit aucune crépitation à la face antérieure. En arrière et à droite, on entend à l'inspiration des râles crépitants fins et un souffle tubaire très manifeste, dans toute la région de la matité; dans le reste du poumon, on constate de la respiration puérile; du côté gauche on entend aussi des râles crépitants à l'inspiration dans toute l'étendue de la matité; au-dessus de cette région, les bruits respiratoires sont rudes et ne s'accompagnent d'aucun râle sec. Partout où existe la matité, la résonnance de la voix est augmentée; la toux n'est pas fréquente, ni bien pénible. L'expectoration est peu abondante, fort peu visqueuse mais spumeuse dans quelques parties et de couleur jaune-citron dans d'autres. Les urines sont abondantes, légèrement acides, ayant une pesanteur spécifique de 1023. Les chlorures y sont beaucoup diminués et il s'y trouve une trace d'albumine. Donner 120 *grammes de vin pour la journée.*

Marche de la maladie. — 29 *mai.* Nuit satisfaisante. Pouls à 112, large et mou. Température de l'aisselle droite : 40° C. Respiration plus pénible qu'hier, à 35 par minute. Le malade se plaint vivement de son point de côté. A droite et en arrière, la matité s'est étendue jusqu'au sommet. On entend partout de la respiration tubaire et de gros râles crépitants. Le côté gauche reste à peu près dans le même état qu'hier. Urines : poids spécifique, 1022; réaction acide; coloration, jaune d'ambre foncé; chlorures beaucoup diminués; pas d'albumine. *Lait, bouillon et potage.* — 30 *mai.* Nuit tranquille; toux difficile; crachats gélatineux, spumeux, non rouillés, fort peu abondants. Respiration à 48, toutefois moins difficile qu'hier. Température : 39,5° C. Pouls à 124 mou et faible. Langue humide chargée d'un enduit blanc. Trois selles dans la journée. Urines moins abondantes mais très riches en urates, déposés au fond du vase; traces de chlorures et d'albumine. Même régime qu'hier. — 31 *mai.* Le malade dit qu'il a bien reposé la nuit; mais l'infirmière nous apprend qu'il s'est levé une fois et qu'il s'est promené dans la salle en demandant ses vêtements. Toux comme hier. Expectoration rare, non rouillée. Dyspnée plus intense. Respiration courte, suspirieuse, à 44 par minute. Langue humide, chargée d'un enduit jaune. Huit selles depuis hier. Chaleur et sécheresse de la peau. Température de l'aisselle droite : 40,4° C. Urines rares, couleur de vin

de Madère, sans dépôt, poids spécifique 1023, réaction acide; traces de chlorures; pas d'albumine. Depuis hier, la portion de vin est portée à 180 grammes. — 1er *juin*, Le malade a délire toute la nuit, il avait pris double ration de lait le soir. Ce matin vers dix heures, il est sorti de son lit, a circulé dans la salle et a demandé ses vêtements. Il tient des propos incohérents, et est très agité. Respiration à 48, plus profonde qu'hier. Dyspnée intense; à l'auscultation on entend à la base du poumon gauche, en arrière, de gros râles crépitants et une résonnance exagérée de la voix. Pouls à 134, plein et fort. Langue recouverte d'un enduit blanc au centre, rouge à la pointe et sur les bords. Urines acides, couleur d'ambre foncé, transparentes et sans dépôt; poids spécifique : 1022; très-peu de chlorures; traces d'albumines. Continuer la ration de vin.

2 *juin*. Hier soir, entre huit et neuf heures, le malade est sorti de son lit et s'est jeté la tête dans la fenêtre; toute la nuit il a été dans le délire et ce matin, il a perdu connaissance. A l'heure de la visite, on le trouve couché sur le dos, respirant avec la plus grande peine. La gorge et la poitrine se soulèvent tout d'un ensemble à chaque inspiration. L'insensibilité est complète. Les deux pupilles sont dilatées. De gros râles humides s'entendent dans toute la partie antérieure du poumon droit; à gauche les murmures respiratoires sont rudes et s'accompagnent de gros râles sibilants et sonores. Il y a même un râle trachéal. La face, la poitrine et les bras sont recouverts de sueur; la peau est chaude; la température est à 39° C. Pouls à 140 très faible. A midi et demi on roule le sujet dans un drap mouillé et on répète cette opération quatre fois dans l'espace de dix minutes, laissant chaque fois le drap jusqu'à ce qu'il soit réchauffé. Bientôt le pouls reprend un peu de force et bat jusqu'à 150 fois par minute. La température s'élève jusqu'à 40° C., pourtant, la peau semble moins brûlante. La respiration reste entre 48 et 50. Cependant les yeux témoignent d'un retour de l'intelligence, les pupilles se contractent et le sujet semble comprendre les questions qu'on lui adresse. Bientôt après la dyspnée augmentant d'intensité, on lui applique douze ventouses sèches sur le devant de la poitrine, puis dix autres à la partie postérieure. Comme il n'y avait aucune amélioration et que la dyspnée et l'engourdissement continuaient, on fit au bras une large saignée de 500 grammes. Au bout de quelques minutes, le pouls reprit de la force, la respiration devint plus profonde, moins entrecoupée. La lividité de la face très prononcée avant la saignée, se dissipe rapidement. On fait prendre au malade une tasse de bouillon. A deux heures et demie, la chaleur à la peau, redevenant mordicante (39°,8 C.); on applique le drap mouillé par trois reprises dans l'intervalle de dix minutes et la dyspnée se dissipe aussitôt. Urine peu abondante présentant un dépôt épais d'urates, un peu d'albumine et des traces de chlorures. Donner *toutes les heures* 20 *gouttes d'éther nitrique alcoolisé dans une cuillerée de gin*. A dix heures du soir, il y a une bonne selle; le malade a recouvré l'intelligence; il dort une bonne partie de la nuit. Respiration à 40, beaucoup plus facile. Pouls à 140, petit et dépressible.

3 *juin*. La nuit a été tranquille. Respiration à 30, moins entrecoupée qu'hier. Il y a un peu de toux et, pour la première fois, quelques crachats rouillés. Pouls à 108, dépressible mais plus développé qu'hier. A cinq heures après midi, crachats peu abondants, très tenaces, en partie muco-purulents et en partie rouillés. Pouls à 120 faible. Respiration à 33, plus profonde. Température à 39°,5 C. Langue chargée d'un enduit brun au centre. Trois selles spumeuses, très liquides, vertes. Densité de l'urine : 1029; dépôt abondant d'urates; pas d'albumine. Augmentation des chlorures. — 4 *juin*. Le malade a bien dormi et a toute sa connaissance. La face est encore congestionnée, la peau humide, et, quoique la température atteigne 39°, la chaleur de la peau semble moins forte qu'auparavant. Il y a eu dix selles dans la journée et plusieurs se sont échappées dans le lit avec l'urine, sans que le malade en eût connaissance. Respiration à 30; expectoration rare,

muco-purulente, non rouillée. On cesse l'usage du gin. Le malade se rétablit peu à peu. La diarhée reparut le 3 et ne s'est dissipée qu'au bout d'une semaine. Le 6, les urines se chargèrent abondamment d'urate, le 7 les chlorures s'y montrèrent de nouveau; les symptômes pulmonaires se dissipèrent graduellement et la convalescence commença au huitième jour de la pneumonie qui était le quatorzième jour de l'affection primitive. Le malade se leva pour la première fois le 13 et, comme il était très faible, on ne put le congédier que le 26.

Commentaire. — Le sujet de cette observation, un homme fort et vigoureux, est atteint d'une pneumonie double; de l'agitation se manifeste dans la nuit du cinquième jour, et, dans celle du sixième, du délire suivi d'un coma profond. L'urine devient rare, fortement colorée et un peu albumineuse : en un mot, les signes d'un empoisonnement urémique sont patents. Grâce aux moyens actifs mis en œuvre, nous avons eu la chance de sauver le malade; mais quant à savoir si c'est au drap mouillé, à la saignée ou à ces deux moyens réunis qu'il faut attribuer la guérison, c'est là une question difficile à éclaircir. A la visite du 2 juin, je trouvai cet homme avec la respiration stertoreuse et plongé dans un coma profond d'où on ne pouvait le tirer. Le pouls était à 140, à peine perceptible et on entendait un râle dans la gorge; tout le monde le croyait mourant. Dans cette occurrence, un jeune médecin suédois, le Dr Sköldberg, qui à cette époque fréquentait notre clinique, nous suggéra l'idée de faire usage du drap mouillé. Séance tenante, nous en fîmes l'application, avec l'aide du Dr Sköldberg lui-même et de mon interne, le Dr Wolston. Un grand drap fut trempé dans l'eau froide, puis tordu et enfin appliqué vivement, de la tête aux pieds, sur le corps nu du malade. Ce procédé, répété quatre fois en dix minutes, éveilla un peu le sujet et ranima son pouls. Néanmoins le coma persistant toujours avec son influence déprimante sur la respiration, je ne m'en tins pas là : je fis appliquer douze ventouses sèches sur la face antérieure du thorax, puis encore une dizaine sur la face postérieure; cependant ce moyen ne produisant pas d'effet, nous pratiquâmes une large saignée de 500 grammes. Bientôt la respiration devint plus profonde, les yeux s'ouvrirent, l'intelligence reparut, le pouls devint plus fort, la lividité de la face se dissipa et, au bout de quelques minutes, il fut en état de répondre à ce qu'on lui disait. Pour complaire au Dr Sköldberg, le drap mouillé fut de nouveau appliqué; toutefois, sans vouloir nier l'influence que ce moyen peut exercer sur le système vasculaire et nerveux, je ne puis m'empêcher de croire que la saignée fut l'agent actif qui sauva cet homme.

On pourrait supposer, dans ce cas, que le coma était dû à l'asphyxie ou à l'empoisonnement par l'acide carbonique plutôt qu'à l'urémie; mon impression est, cependant, que chez ce malade, comme chez le précédent, la complication rénale constituait tout le danger. J'ai vu des sujets avoir les deux poumons entrepris dans une étendue bien plus grande, sans offrir un coma aussi profond ni surtout aussi soudain (voir obs. CLV). De plus, ces derniers se sont rétablis sans avoir été saignés, ce qui, selon

moi, ne serait pas arrivé chez notre homme. Remarquons aussi que l'urine était peu abondante, fortement colorée et, ce qui pis est, albumineuse. Il est un autre point digne d'être noté : si, en face de cette constitution robuste et du danger imminent de la maladie, je me suis cru autorisé à pratiquer une forte saignée de 500 grammes, il n'en est pas moins vrai que cet homme a payé d'une longue convalescence, l'effet salutaire de cette soustraction sanguine.

Un troisième fait qui mérite notre attention, c'est qu'à la suite du frisson précurseur de la pneumonie, cet homme déjeuna copieusement d'œufs et de jambon; cette nourriture animalisée, jointe à l'absorption de l'exsudat pneumonique, doit avoir surchargé le sang de produits azotés et rejeté sur les reins une telle quantité de matières à excréter, que ces organes ne purent suffire à cette tâche. Telle est l'explication de l'urémie et du coma. C'est assurément à des causes analogues qu'il faut rapporter ces prétendues apoplexies, si fréquentes chez nos ancêtres qui chassaient le renard, faisaient des repas copieux et menaient joyeuse vie. Comme la saignée les tirait d'affaires, c'est de là sans doute qu'est né l'usage de faire des soustractions sanguines dans les apoplexies. Nous savons aujourd'hui, que dans le coma déterminé par l'urémie chez les individus vigoureux, on doit avoir recours à la saignée : au contraire dans le coma consécutif à une hémorrhagie artérielle, à un ramollissement ou à une commotion du cerveau, elle ne peut qu'augmenter le danger.

Enfin nous avons vu, après la disparition du coma, survenir une diarrhée qui s'est prolongée plus ou moins durant une semaine. Dr Richardson, entre autres, a recommandé dans ces cas, d'exciter toujours les fonctions de la peau et du tube digestif, dans le but de provoquer un effet dépuratif du sang; il est à présumer que, chez notre malade, semblable effet a été la conséquence d'abondantes évacuations aqueuses. Cette pratique est sans doute très judicieuse chez les individus d'un tempérament robuste; mais on n'en sera pas moins sur ses gardes, si l'on considère la tendance à l'anémie dans les cas où l'affection rénale devient chronique.

Obs. CCXCIX (1). — *Urémie commençante. — Néphrite desquamative aiguë. — Elimination active d'acide urique et d'urates. — Guérison.*

Commémoratif. — Francis M'Ewan, âgé de 7 ans, entré le 16 décembre 1867, a eu, il y a quatre ans, un rougeole grave dont il se remit avec difficulté. Depuis lors cependant, il se portait bien lorsque, le 12 décembre, en revenant de l'école, il courut nu-pieds dans la rue. Rentré chez ses parents, il se plaignit de mal de tête et on observa qu'il avait la figure légèrement gonflée. Le lendemain, 13, il rendit tout ce qu'il avait pris; le 14 il sortit de nouveau nu-pieds; aussi, le 15, tous les symptômes étaient aggravés et les paupières tellement gonflées que l'enfant ne pouvait plus y voir. En outre il y avait de l'œdème aux pieds, une violente céphalalgie et de l'assoupissement. Le lendemain on l'apporta à l'infirmerie.

(1) Recueillie par M. Troutbeek, élève du service.

Symptômes a l'entrée. — Aspect extérieur, pâle et anémique, gonflement des joues et des paupières. Œdème des pieds, des chevilles et des jambes. Légère ascite. Urine rare, trouble, couleur de fumée et déposant un précipité floconneux, blanc, très albumineux, formant une couche épaisse; poids spécifique 1005. Au microscope on trouve ce dépôt constitué d'une multitude de cylindres épithéliaux, de tubes urinifères et d'un certain nombre de cylindres formés par des globules sanguins agglutinés ensemble par une fine matière moléculaire. Le malade n'accuse aucune douleur. Cependant une pression un peu profonde sur les reins provoque des souffrances. Toux bronchitique légère. Pouls à 76, passablement fort. Sommeil profond et tendance à l'engourdissement. Autres fonctions normales. *Tenir le sujet chaudement dans son lit; ventouses sèches à la région des reins.* Pr. *Ether nitrique alcoolisé*, 8 *grammes. Acétate de potasse*, 8 *grammes. Eau*, 180 *grammes. M. En donner* 2 *cuillerées toutes les quatre heures.*

Marche de la maladie. — 17 *décembre.* Comme il n'y a plus eu de selle depuis deux jours, on prescrit 8 grammes d'huile de ricin. — 18 *decembre.* Evacuations alvines abondantes. — 20 *décembre.* Aujourd'hui la quantité d'urine renduc est plus forte que d'ordinaire. — 21 *décembre.* La toux et l'expectoration ont augmenté; appétit nul. Même état pour le reste. Faire *prendre un bain de vapeur et appliquer des ventouses sèches à la région des reins.* — 4 *janvier.* Depuis une quinzaine de jours, les symptômes précédents se sont dissipés peu à peu, l'albumine, le sang et les cylindres épithéliaux ont disparu de l'urine, remplacés par un abondant précipité d'urates et de cristaux d'acide urique. L'œdème aussi a disparu. *On fait suivre au malade un régime substantiel et prendre trois fois par jour quinze gouttes d'acétate de potasse.* — 8 *janvier.* Dépôt copieux dans l'urine d'un certain nombre de cristaux cylindriques tronqués d'acide urique, entremêlés de quelques cylindres granuleux. Santé générale satisfaisante. — 11 *janvier.* Urine claire et naturelle. Congédié le 27 janvier.

Commentaire. — L'observation qui précède, nous offre un exemple remarquable d'une anasarque rapide succédant à une néphrite desquamative aiguë, déterminée par un refroidissement. Déjà les symptômes cérébraux résultant de l'empoisonnement par l'urée, s'étaient manifestés avec une certaine intensité lors de l'arrivée du malade à l'hôpital; mais ils ne tardèrent pas à se dissiper sous l'influence du repos au lit, de ventouses sèches à la région des reins et de diurétiques légers. Loin de voir une contre-indication à ces derniers, comme le pensent beaucoup de médecins, je crois pouvoir, au point de vue de la pathologie, apporter de bonnes raisons en faveur de leur emploi. L'urémie et l'hydropisie dépendent de l'obstruction des tubes urinifères, il est clair qu'en favorisant le flux urinaire à l'aide d'éther nitreux et d'acétate de potasse, on vient directement en aide à la nature. Nous avons pris soin également de maintenir une bonne chaleur autour du malade en le tenant au lit et même en lui donnant des bains de vapeur, afin d'amener la peau à suppléer plus ou moins la fonction émonctoire, entravée dans les reins; en même temps nous avons tâché de diminuer la congestion de ces organes, en faisant des applications de ventouses sèches directement sur la région correspondante. Grâce à l'emploi de cette médication rationnelle, un amendement rapide s'est produit malgré l'acuite et l'intensité des manifestations de cette maladie. (Voir t. II, p. 479).

Altérations des reins qui tendent à produire l'urémie.

Nous avons décrit précédemment les lésions qui affectent les reins dans certaines conditions pathologiques (voir Néphrite et Maladie de Bright). Voici quelques-unes des excellentes figures, contenues dans l'ouvrage de Dickinson; elles représentent les altérations desquamative, cireuse et fibroïde de ces organes.

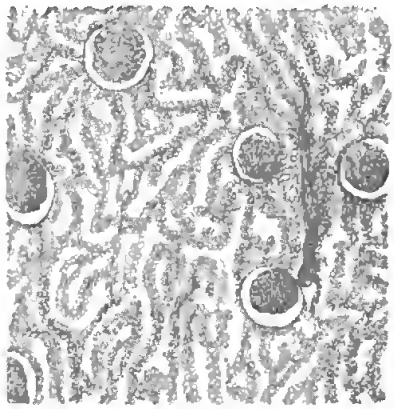


Fig 575.

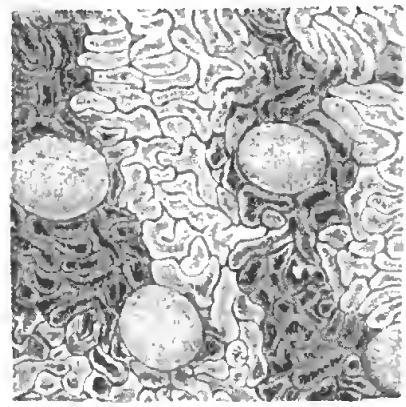


Fig 576.

Fig. 577.

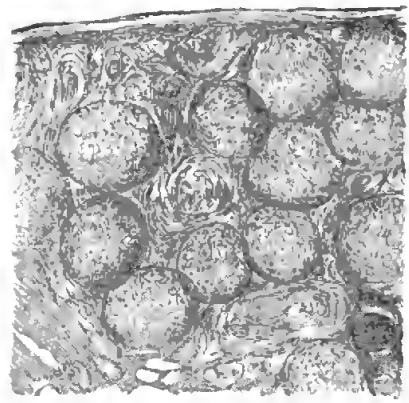


Fig 578.

Fig. 575. Coupe mince de la substance corticale saine du rein de l'homme. 40 *diam.*

Fig. 576. Coupe semblable faite dans un rein affecté de néphrite desquamative; les endroits plus foncés sont des portions du tissu glandulaire où les tubes sont obstrués. 75 *diam.*

Fig. 577. Coupe dans la substance corticale d'un rein, dont les tubules renferment des cylindres cireux coagulés. Les corps de Malpighi sont hypertrophiés et plus transparents par suite de la dégénérescence cireuse. 75 *diam.*

Fig. 578. Coupe semblable d'un rein induré et contracté, montrant l'hypertrophie du tisssu fibreux et l'agrégation consécutive des corps de Malpighi. 75 *diam.* (*Dickinson*)

Voici également le dessin de deux préparations d'un rein affecté de dégénérescence graisseuse, arrivée à son dernier degré, et aussi de diverses

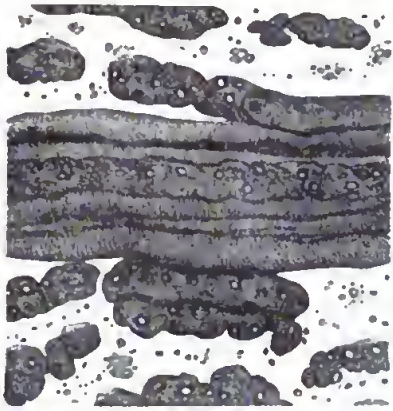


Fig. 579.

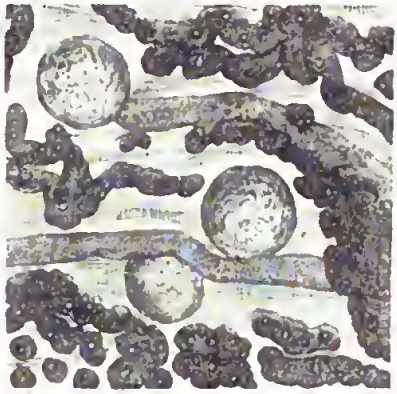


Fig. 580.

transformations que j'ai observées sur les tubes urinifères dans le cours de cette maladie.

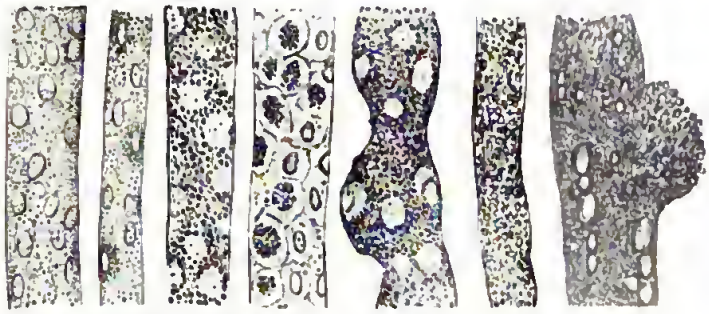


Fig. 581 Fig. 582. Fig. 583 Fig. 584. Fig. 585. Fig. 586. Fig. 587.

Fig. 579. Coupe de la portion tubuleuse d'un rein, montrant quelques-uns des tubes dans un état avancé de dégénérescence graisseuse. 75 *diam.*

Fig. 580. Coupe de la substance corticale du même rein. Les tubes entortillés sont partout remplis de matière graisseuse. Les tubes droits, pareils à ceux de la figure précédente ne sont pas autant affectés. La trame fibreuse est hypertrophiée. 75 *diam.*

Fig. 581 à 587. Divers degrés de dégénérescence graisseuse dans les *tubules urinifères.*

Fig. 581. Aspect d'un tube urinifère normal de la substance corticale.

Fig. 582. Commencement de dégénérescence graisseuse.

Fig. 583. Dégénérescence graisseuse à un degré plus avancé; on reconnaît des molécules graisseuses hors des noyaux.

Fig. 584. Dégénérescence graisseuse commençant dans les noyaux d'un tubule d'une des pyramides de Malpighi.

Fig. 585. Distension et varicosités d'un tubule, par suite de l'accumulation de molécules graisseuses.

Fig. 586. Tube dont tous les noyaux et les cellules ont disparu.

Fig. 587. Distension complète d'un tube par des molécules graisseuses, dont quelques-unes ont formé, par leur fusion, de larges globules La paroi du tube s'est crevée dans un endroit. 220 *diam.*

Digitized by Google

On conçoit aisément comment chacune de ces diverses altérations en particulier ou leur réunion, seulement à des degrés divers, comme c'est ordinairement le cas, peut déterminer un empoisonnement du sang en amenant la rétention des produits destinés à l'excrétion. On ne doit pas oublier, cependant, qu'une affection comparativement légère mais rapide et étendue à toute la substance corticale est plus à craindre qu'une autre à marche plus lente, ou qui, malgré une désorganisation plus complète, est davantage limitée. Ainsi, j'ai vu la dégénérescence des tubes, poussée à un degré fort avancé, ne donner lieu à aucune des manifestations de la maladie de Bright ou de l'urémie. Au contraire, j'ai observé les symptômes les plus caractéristiques de l'urémie, même la mort, dans des cas où l'examen des pièces pathologiques montrait simplement de la congestion et une légère opacité des cellules épithéliales ; seulement, le mal affectait alors la substance tout entière des deux organes. En tout cas, l'obstruction ou l'arrêt de la sécrétion et bien souvent les deux réunis sont, d'après toutes les probabilités, les causes anatomiques les plus communes de l'urémie.

Pathologie de l'urémie.

On comprend aisément que les affections des reins, s'opposant à l'excrétion de l'eau et des principes azotés, doivent amener l'hydropisie et une perturbation générale de l'organisme. Cependant les questions suivantes se présentent naturellement à l'esprit : 1° les symptômes nerveux proviennent-ils simplement de l'accumulation de l'urée dans le sang, ou, comme le prétend Frerichs, sont-ils amenés par la transformation de cette même urée en carbonate d'ammoniaque? En d'autres termes, y a-t-il une urémie ou une ammoniémie? (Vogel). Il paraîtrait que la proportion normale d'urée dans le sang est de 0,016 sur 100, et que dans la majorité des cas où les symptômes de cet empoisonnement ont été bien marqués, on en a constaté en beaucoup plus grande quantité. Par contre, les exemples ne sont pas rares (Owen, Rees, Christison, Bright, Babington et Frerichs (1) en ont rapporté un certain nombre), où, malgré une accumulation extraordinaire d'urée dans le sang, constatée par l'analyse chimique, il ne s'est manifesté aucun symptôme d'empoisonnement. On a cherché à résoudre cette question par deux expériences : 1° par des injections d'urée dans le sang; 2° par l'extirpation des reins chez des animaux vivants.

Ségalas (2), en 1822, injecta de l'urée dans les veines de plusieurs espèces d'animaux; il est arrivé aux conclusions suivantes : 1° l'urée ainsi injectée est éliminée très rapidement; 2° c'est un diurétique des plus actifs; 3° l'urée n'a pas d'action sensiblement nuisible sur l'économie. Ces résultats ont été confirmés par un grand nombre d'expérimentateurs. Treitz (3)

(1) *Die Bright'sche Nierenkrankheit und deren Behandlung*. 1851, p. 108.
(2) *Journal de physiologie de Magendie*, 1822, p. 359.
(3) *Prager Vierteljahrschrift*, 1860.

entre autres, injectait de 10 à 12 grammes d'urée dans le sang de chiens, sans déterminer d'empoisonnement urémique. Il fit même avaler à un de ces animaux 2 grammes d'urée toutes les deux heures, sans produire le moindre désordre fonctionnel. Par contre, le Dr Richardson a montré que si, au lieu d'injecter directement l'urée dans le sang, on en introduit une solution aqueuse sous la peau ou dans la cavité péritonéale, il se produit un empoisonnement rapide. Chez les jeunes animaux à sang chaud, par exemple chez les jeunes rats, dit-il, l'injection de quatre grammes d'urée dissoute dans huit grammes d'eau est suivie, au bout d'une heure, de tremblement et de coma; le tremblement se transforme bientôt en convulsions actives; l'animal tombe sur un côté et présente de petites contractions continuelles dans les oreilles. Au bout de trois heures le coma est très profond, les convulsions sont plus faibles. D'ordinaire la mort arrive quatre heures après l'injection, Si, au contraire, l'animal survit, c'est vers le même temps qu'il commence à se rétablir. La respiration est très irrégulière, les pupilles sont dilatées et ne se contractent plus sous l'influence de la lumière (1). On doit convenir cependant que la dose employée par le Dr Richardson est très forte, et que parmi les effets dont il donne la description, nous ne retrouvons point le coma initial sans convulsions, lequel, chez l'homme, est la manifestation ordinaire de cette affection des reins.

L'extirpation des reins n'a pas conduit à des conclusions plus satisfaisantes : Claude Bernard et Barreswill n'ont pas constaté d'augmentation de l'urée dans le sang à la suite de cette opération (2), et Zalesky n'a pas été plus heureux (3).

Pour Frerichs (4), l'urée ne donnerait donc lieu à l'empoisonnement du sang qu'à la condition d'y rencontrer un ferment qui la transforme en carbonate d'ammoniaque, et il étaye cette doctrine sur les propositions suivantes : 1° l'urée se transforme avec facilité en carbonate d'ammoniaque dans certaines circonstances ; 2° l'analyse chimique démontre la présence de carbonate d'ammoniaque dans le sang urémique; 3° l'injection de carbonate d'ammoniaque dans les veines détermine tous les symptômes de l'urémie. Chacune de ces trois propositions a été vivement attaquée et il y a tout lieu de croire qu'aucune d'elles n'est exacte.

1. Schottin (5), Hammond (6) et Stockvis (7) nient la possibilité de la transformation de l'urée en carbonate d'ammoniaque dans le sang vivant. Le dernier expérimentateur, après avoir injecté de l'urée dans le sang et dans l'estomac, l'a vue s'échapper de l'économie par la voie des reins, sans

(1) *Clinical Essays, Asclepiad*, 1862. p. 178.
(2) *Archives générale de médecine*, 4e série, 1847, t. XIII, p. 437.
(3) *Op. cit.*, p. 107.
(4) *Untersuchungen über den Urämischen Process*. Tubingen, 1865.
(5) *Zur Lehre von der Urämie*. Archiv de Virchow, 1862, p. 91.
(6) *North American Medico-Chirurgical Review*, mars, 1858.
(7) *Ned. Tijdschr. voor Genees.*, t. IV, p. 317.

offrir aucun signe de transformation en carbonate d'ammoniaque. Gallois (1) est arrivé à des conclusions identiques. Pour ces raisons, nous sommes donc forcés de rejeter l'opinion de Frerichs comme n'étant pas démontrée.

2. Il est reconnu aujourd'hui que les expériences à l'aide desquelles Frérichs a voulu démontrer l'existence de l'ammoniaque dans le sang des sujets atteints d'urémie sont entachées d'erreur. D'après lui, il faudrait la présence d'un ferment; seulement, rien n'en démontre l'existence. Hammond a fait voir que la méthode employée par Frérichs pour démontrer la présence du carbonate d'ammoniaque dans le sang ne donne pas la preuve de la transformation de l'urée en ce sel, et Richardson partage cette opinion (2); on sait que le procédé de Frerichs consiste à distiller le sang, ce qui donne un liquide ammoniacal lequel, par l'addition de potasse caustique, dégage une odeur ammoniacale. Petroff et Zalesky (3), se rangeant du côté de Frerichs, ont produit de nouvelles expériences en faveur de sa doctrine; mais des analyses très minutieuses de Kühne et de Strauch (4) leur sont directement opposées. Leurs expériences pratiquées sur des chiens, sont au nombre de sept : chez quatre de ces animaux les urétères furent liés et chez les trois autres, les reins furent extirpés. Or, en examinant le sang de ces animaux, qui avaient succombé à l'urémie, à l'aide du réactif si délicat de Nesler, ils n'ont pu découvrir la moindre trace d'ammoniaque. Les expériences récentes de Rommelaere, de Bruxelles (5), montrent il est vrai, que ce sel peut exister, mais qu'en tout cas, il est en quantité si insignifiante qu'il ne saurait produire ces symptômes qualifiés d'urémiques. L'expérience n'a donc pas démontré la connexité entre l'existence du carbonate d'ammoniaque et celle des symptômes urémiques.

3. D'après Frerichs, l'injection de carbonate d'ammoniaque dans le sang provoque des effets identiques à ceux de l'urémie (6); toutefois, les avis sont partagés à ce sujet : certains expérimentateurs ayant obtenu des résultats analogues, d'autres n'ayant rien vu de pareil. Parmi les premiers, nous citerons Orfila (7), Schottin et Petroff (8); et parmi les seconds, Oppler (9) et Richardson. « Lorsque l'on injecte, dit ce dernier, le sel d'ammoniaque en quantité suffisante pour obtenir des effets toxiques, ils se terminent, quelque violents qu'ils soient, par la mort ou par un rétablissement immédiat. La manifestation principale consiste dans des convulsions violentes, convulsions de nature tétanique. Ce spasme, sous le rapport de l'intensité, diffère autant des mouvements convulsifs de l'urémie que de

(1) *Gazette médicale*. 1857, p. 258
(2) *Asclepiad*, p. 181.
(3) *Archiv de Virchow*, 1862, p. 91.
(4) *Lehrbuch der Physiol. Chemie*, p. 250.
(5) *De la pathologie des symptômes urémiques*, p. 18
(6) *Op. cit.*. p. 91.
(7) *Traité de Toxicologie*, t. I, pp. 321 et 331.
(8) *Archiv de Virchow*, 1861, p. 264.
(9) *Op. cit.*, p. 183.

ceux déterminés par l'injection de l'urée dans les veines; on ne constate point de récurrence et tout finit promptement soit par la mort, soit par la convalescence. Mais dans les convulsions produites par l'urée et dans celles provoquées par l'urémie, il y a en premier lieu convulsion puis un répit, et ainsi de suite durant des heures ou même des jours (1). » Il est extrêmement difficile, peut-on ajouter, de déduire des conclusions pathologiques du simple caractère des convulsions chez les animaux, à moins qu'elles ne soient extrêmement bien marquées. Le Dr Richardson cite encore d'autres faits résultant de diverses observations de feu le Dr Barker, de Bedford, à propos de l'administration à des chiens de fortes doses de carbonate d'ammoniaque (2). Il décrit aussi une expérience qu'il a faite sur un cochon d'Inde, auquel il fit respirer de l'ammoniaque dans un espace clos (3) et rappelle un cas intéressant observé par Huxham chez un jeune homme qui avait avalé une grande quantité de carbonate d'ammoniaque (4). Dans aucune de ces expériences, pas plus que dans ce dernier cas, on n'a observé le moindre symptôme ressemblant à ceux de l'urémie. D'ailleurs, on n'a certainement jamais trouvé dans le sang une quantité d'ammoniaque approchant celle qu'il est nécessaire d'y introduire afin de déterminer un effet quelconque sur l'économie.

Il résulte donc de ces recherches que la théorie de Frerichs, loin d'être démontrée, doit en somme être considérée comme inexacte.

Au nombre des autres théories émises à ce sujet, deux surtout méritent notre attention : 1° celle de Treitz (5), qui regarde les modifications dans le canal alimentaire comme pouvant être une cause d'urémie lorsque l'excrétion des reins est entravée; cette opinion est partagée par Stokvis (6) ; 2° celle d'Owen Rees pour qui les symptômes nerveux sont le résultat de l'appauvrissement du sang (7) ou anémie. Traube est, jusqu'à un certain point, partisan de cette manière de voir. La première de ces théories est fondée sur ce que les membranes muqueuses excrètent de l'urée sous sous la forme d'ammoniaque; si quelque obstacle rend cette excrétion impossible, l'urée est réabsorbée. Il est très douteux que cette explication soit la vraie; toutefois il ne nous paraît pas moins certain qu'une alimentation animalisée excessive puisse, dans des circonstances particulières, devenir une cause d'urémie en favorisant l'accumulation de l'urée résultant de la digestion primaire (voir obs. CCXCVIII). On a dit que l'œdème du cerveau est la cause des phénomènes nerveux. Une foule de cas viennent à l'encontre de cette assertion : ce sont ceux où l'on n'a pas constaté d'œdème à l'autopsie (voir obs. CCXCVI et CCXCVII). Par contre la sub-

(1) *Op. cit.*, p. 182.
(2) *Op. cit.*, p. 183.
(3) *Op. cit.*, p. 187.
(4) *Dissertation on the Malignant Ulcerous Sore Throat.* London, 1757.
(5) *Prager Vierteljahrschrift*, 1857.
(6) *Op. cit.*, p. 519.
(7) *On the diseases of the Kidney*; 1850, p. 67.

stance cérébrale est souvent pâle et anémique, le sang aqueux et les globules colorés diminués de nombre (voir obs. CCXCVI); reste à savoir si ces derniers changements produisent les symptômes de l'urémie.

Le symptôme principal, lorsque la fonction des reins est interrompue, est certainement l'hydropisie d'abord, et, plus tard, une anasarque générale. L'eau, ainsi épanchée dans les tissus, peut être absorbée dans le sang qu'elle rend plus fluide et où elle dissout les globules colorés en produisant de l'anémie, ou, pour parler plus exactement, de l'*hydrémie*. Les symptômes de cette dernière altération pathologique consistent dans de la céphalalgie, de l'assoupissement et, chose commune chez les enfants, dans des convulsions et du coma, tous symptômes offrant beaucoup d'analogie avec ceux de l'urémie. Le Dr Richardson (1), a trouvé que si l'on injecte dans la cavité péritonéale d'un chien une quantité d'eau égale à la cinquième partie de son poids, il succombe dans le coma au bout de dix ou de douze heures. Si l'on en introduit une quantité moindre, l'animal sort peu à peu de sa somnolence au bout de quelques jours, et le premier indice de sa convalescence est le désir de manger.

Sous l'influence de l'injection, le sang s'appauvrit, se coagule plus difficilement; les globules colorés augmentent de volume et prennent une forme ovale. Cependant, on n'a observé aucune relation entre l'intensité de l'hydropisie et celle des symptômes urémiques chez l'homme; les quatre observations qui précèdent en font foi. Un grand nombre de cas d'hydrémie se rencontrent enfin chez l'adulte, et cela à un degré extrême, en l'absence des symptômes de l'urémie. D'ailleurs, dans cette dernière affection on entend rarement un bruit de souffle à la base du cœur au premier temps. Nous ne saurions donc admettre que les symptômes cérébraux soient le résultat d'un excès d'eau dans la circulation. Selon Traube, ce n'est pas seulement la diminution de la densité du sang qui produit ces phénomènes, mais le surcroît de tension de ce liquide dans l'appareil circulatoire. Cette opinion a été soutenue par Munck (2), et cette cause plus ou moins associée à quelques unes des autres dont il vient d'être parlé offre certainement une explication suffisante des phénomènes observés.

Le Dr Rommelaere, dans son excellente thèse sur ce sujet (3), a tâché de démontrer expérimentalement que les diverses causes dont il vient d'être question ne sauraient agir seules. Il soutient que, lorsque les fonctions du rein sont interrompues, non seulement les produits azotés de la nutrition cessent d'être éliminés, mais l'eau s'accumule dans l'économie où elle détermine de l'appauvrissement et un surcroît de tension dans le système vasculaire. Il conclut donc que ces effets ne se rapportent pas à une cause unique, mais à plusieurs causes réunies. Cette conclusion nous paraît concorder avec l'état actuel de la science et avoir le double

(1) *Op. cit.*, p. 171 et suivantes.
(2) *Berlin Klin Wochenschrift*, 1864, p. 113.
(3) *De la pathologie des symptômes urémiques*, Bruxelles, 1867.

mérite d'expliquer les résultats contradictoires des divers expérimentateurs et de donner une raison satisfaisante des phénomènes variés qui se rencontrent dans la pratique. Tantôt c'est un excès d'urée ou d'ammoniaque qui existe dans le sang; tantôt c'est un excès d'eau ou un surcroît de tension de l'appareil vasculaire. L'existence et l'absence de l'hydropisie, diversement combinée avec la céphalalgie, des convulsions ou du coma, tiennent donc à la prédominance de telle ou telle cause, suivant qu'elle agit sur l'un ou l'autre tissu ou organe malade. En résumé, il y a de fortes raisons de douter si, strictement parlant, un état du sang tel que l'urémie est la cause invariable des phénomènes cérébraux.

Le traitement de l'urémie à son début ne diffère pas de celui de la maladie de Bright; il doit avoir pour but d'activer les fonctions émonctoires de la peau et des reins. (Voir maladie de Bright.) Le Dr Dickinson recommande les boissons délayantes prises en quantité, afin de favoriser l'afflux liquide dans les tubes urinifères et en quelque sorte de balayer leur contenu. Cette indication a son bon côté, mais après ce qui a été dit concernant l'influence de l'hydropisie et l'occurrence probable de l'hydrémie, on se demande jusqu'à quel point il convient d'augmenter encore la masse des liquides de l'économie. Le Dr Richardson condamne les diurétiques et vante beaucoup la saignée et les purgatifs. Je vous ai fait voir précédemment que la défiance à l'égard des premiers, repose sur des raisons plutôt hypothétiques que bien fondées. Pour ce qui est de l'utilité des deux autres moyens thérapeutiques, l'observation CCXCVIII parle hautement en leur faveur. Quelle que soit l'idée que l'on se forme concernant le mode d'action de la saignée, que suivant l'ancienne doctrine elle enlève la *materies morbi* ou que, d'après les idées modernes, elle diminue la tension du système vasculaire, on ne doit pas dans l'état actuel de la science se priver de son secours. Lorsque, dans un cas aigu, le coma se présente chez un sujet jeune et vigoureux, en l'absence de toute lésion organique du cerveau à laquelle il se rattacherait, la saignée est non-seulement un moyen précieux, mais un remède indispensable. Si, au contraire, le sujet est affaibli et si l'état de la constitution est fortement altéré, au lieu de la saignée, on aura recours, et souvent avec succès, à des ventouses scarifiées, au moyen desquelles on tirera 180 à 250 grammes de sang. Il suffit de lire dans l'observation CCXCVIII, comment, à la visite du 2 juin, la vie de notre malade a pu être sauvée dans les circonstances les plus désespérées, pour se convaincre de l'utilité de la saignée dans l'urémie. Ce n'était point la pneumonie et la dyspnée que nous voulions combattre, mais le coma profond consécutif au délire, chez un sujet jeune et vigoureux, dont la sécrétion urinaire avait considérablement diminué en même temps qu'elle était devenue albumineuse. Le sujet de l'observation CCXCVII, qui succomba dans la même salle, ne nous a pas offert les mêmes indications : une fois seulement nous avons constaté une faible trace d'albumine dans l'urine. Dans la soirée du 4 juin, néanmoins, les

symptômes non équivoques de l'urémie firent leur apparition. L'interne essaya la saignée et, de plus, le drap mouillé, mais sans aucun résultat. A l'autopsie, le Dr Stewart, chargé des recherches pathologiques, a trouvé une néphrite desquamative, et l'urine renfermée dans la vessie contenait de l'albumine. Comme cet homme avait encore toute sa connaissance au moment de la visite, il est à présumer que l'intoxication du sang s'est faite plus tard et cela avec une rapidité d'autant plus terrible que la constitution du malade était plus affaiblie. Ce cas montre donc avec quelle promptitude la complication rénale agit quelquefois, en même temps qu'il confirme ce que nous avons dit précédemment du peu de danger de la pneumonie simple. (Voir pneumonie, t. II, p. 320.) Il est probable que les purgatifs employés avec modération et de manière à ne pas affaiblir le malade aideraient à prévenir le retour des symptômes cérébraux. (Voir obs. CCXCVIII.)

POLYSARCIE ET OBÉSITÉ.

Obs. CCC (1). — *Obésité considérable. — Dégénérescence graisseuse du cœur, du système musculaire en général, du foie et des reins. — Hypertrophie et dilatation du cœur.*

Commémoratif. — Anne Gilchrist, cuisinière, âgée de 42 ans, est entrée à l'Infirmerie le 17 juin 1857. A l'exception d'une attaque de rhumatisme à l'âge de 13 ans, elle avait toujours joui d'une bonne santé, lorsqu'il y a trois ans, elle se rompit un vaisseau dans la poitrine en faisant un effort. Au mois de mars dernier, à la suite d'un refroidissement, elle constata un gonflement des pieds qui monta de plus en plus haut. Depuis lors elle a de la dyspnée. Depuis l'âge de treize ans, elle a toujours eu de l'embonpoint; elle a, d'ailleurs, toute sa vie, bien mangé et bien bu; sans compter la liqueur, elle prenait au moins sa bouteille de porter tous les jours. Elle a toujours été exposée au grand feu de la cuisine, et, par suite de sa corpulence elle prenait fort peu d'exercice.

Symptômes a l'entrée. — La malade est une femme énorme dont la taille ne mesure pas moins de 1m,52, le mollet 0m,60 et la cheville 0m,32. Elle sait se coucher indifféremment sur le côté droit ou sur le côté gauche, mais elle ressent du malaise quand elle est sur le dos. Le moindre exercice provoque de la dyspnée. Les bruits pulmonaires et cardiaques sont normaux. La percussion à l'endroit du cœur ne donne pas de résultat précis à cause de l'épaisse couche de graisse et de l'énormité de la mamelle qui recouvre cette région. Le pouls est à 82, régulier et modérément fort. La langue est recouverte d'un enduit épais. L'appétit reste bon. L'urine trouble et peu abondante a un poids spécifique de 1015 et abandonne un précipité d'albumine quand on la chauffe. La peau qui recouvre le ventre et les extrémités inférieures est rugueuse et indurée. La bascule de l'établissement permet seulement de peser 158 kilogrammes et notre patiente est beaucoup plus lourde. On prescrit 1*gr.* 25 *de bitartrate de potasse, trois fois par jour. Régime ordinaire.* 120 *grammes de vin.*

Marche de la maladie. — 21 *juin.* Le pouls est meilleur et la sécrétion urinaire a augmenté; elle s'est élevée hier à 900 grammes — 9 *juillet.* La malade a rendu

(1) Recueillie par le docteur John Glen, médecin-résident.

journellement de 600 à 900 grammes d'urine et l'œdème des jambes a disparu. L'appétit est moins bon qu'autrefois ; le pouls est à 80, faible. *Porter la ration de vin à 180 grammes.* — 10 *juillet.* Il a été rendu seulement 300 grammes d'urine. pendant les dernières vingt-quatre heures. *Continuer l'usage du bitartrate de potasse et prendre, trois fois par jour, une pilule de scille et de digitale.* — 10 *juillet.* A la visite de ce jour, nous trouvons la malade sur le côté droit, trop faible pour soulever la tête et respirant avec difficulté; l'inspiration est courte et pénible. L'urine est de nouveau très rare et il y a constipation. *On donnera immédiatement 4 grammes de poudre de jalap composée.* Dans l'après midi, avant que la poudre eût fait aucun effet, la malade devint tout-à-coup livide; on entendit un râle trachéal et au bout de deux minutes elle expirait.

Autopsie. — Quarante-quatre heures après la mort.

Aspect extérieur. — Le tissu adipeux est énormément développé. La tête semble sortir des épaules et le cou est effacé. Les mamelles ont chacune la dimension d'une tête d'adulte. Voici quelques mesures qu'on a notées :

Longueur du corps	$1^m,66$
Circonférence de la poitrine sous les seins . .	$1^m,37$
Largeur d'une épaule à l'autre.	$0^m,915$
Circonférence de l'abdomen	$1^m,75$
» des mamelles	$0^m,915$
» des bras	$0^m,48$
» de l'avant-bras	$0^m,40$
» de la cuisse	$0^m,71$
» de la jambe au-dessous du genou.	$0^m,525$
» de la cheville.	$0^m,33$
Épaisseur des téguments sur le sternum . .	$0^m,05$
« » sur l'abdomen . . .	$0^m,127$

Thorax. — *Le cœur*, fortement hypertrophié, pèse 682 grammes. Toutes les cavités sont dilatées, mais les parois ont conservé leur épaisseur normale. Les valvules sont intactes. Le tissu musculaire est pâle et flasque. Les *poumons* n'offrent aucune lésion. Les parois osseuses du thorax sont largement développées; le diamètre antéro-postérieur de la cavité est de $0^m,29$.

Abdomen. — La cavité péritonéale renferme quelques cuillerées de sérosité. Le foie considérablement hypertrophié pèse à peu près trois kilogrammes et demi, son parenchyme a une couleur fauve pâle. Les deux reins pèsent ensemble 420 grammes; ils sont mous et de nuance pâle. La rate pèse 420 grammes; son tissu est plus mou que d'habitude. Les intestins sont intacts et, à l'exception de quelques petits kystes dans chaque ovaire, tous les autres viscères sont normaux.

Examen microscopique. — Le tissu musculaire du cœur offre un état très avancé de dégénérescence graisseuse. Les cellules du foie sont remplies de gros globules de graisse et les noyaux d'un grand nombre d'entre elles ont disparu. Les cellules épithéliales du rein sont aussi très fortement atteintes par la dégénérescence graisseuse.

Commentaire. — Les circonstances au milieu desquelles vivait cette pauvre femme, étaient des plus propres à produire l'obésité. Cuisinière dans de grandes maisons, elle n'avait jamais dû se donner beaucoup d'exercice, et, comme elle avait bon appétit et bon estomac, elle mangeait et buvait amplement, bien qu'au sein d'une atmosphère toujours plus ou moins chaude. Il est regrettable qu'il n'ait pas été pris note du poids de

cette femme. La bascule de l'Infirmerie ne permet de peser que jusqu'à 158 kilogrammes, et le sujet nous parut en peser au moins trente à trente-cinq de plus.

Dans un relevé des personnes obèses, publié par le Dr Chambers (1), il est fait mention d'un homme qui pesait 228 kilogr. et demi, mais il avait une taille de 1m,83. Deux autres individus, un homme et une femme, pesaient respectivement 178 et 165 kilogr. Chez notre malade, l'accumulation de la graisse était arrivée à un degré où on l'observe rarement dans l'espèce humaine; en même temps se produisait peu à peu la dégénérescence graisseuse des organes internes essentiels à la vie. Comme conséquence de cette dégénérescence des reins, de l'albuminurie et de l'œdème des membres ont apparu dans les derniers temps de la vie. Cependant, ce ne sont pas ces complications qui ont amené la mort de la malade; mais la dégénérescence avancée du cœur et du foie était une cause d'affaiblissement tel de la circulation qu'il était immanquable de voir bientôt survenir une syncope mortelle. Il n'est pas impossible que le changement de régime et la privation des stimulants habituels aient contribué à déterminer ce résultat; pourtant, nous avons fait de notre mieux pour combattre ces causes d'épuisement.

M. Banting, dans une brochure publiée à Londres en 1864, sous le titre *On Corpulence*, écrit qu'il est parvenu, en suivant les conseils de son médecin à réduire en une année son poids de 202 livres à 156, en s'abstenant de pain, de beurre, de lait, de sucre et de pommes de terre. Ce régime ne peut manquer de diminuer l'obésité; mais il devrait être approprié prudemment aux exigences des cas particuliers. L'application inconsidérée de cette méthode a déjà produit, chez un grand nombre de personnes, les effets les plus désastreux. (Voir t. I, p. 409.)

(1) *On Corpulence*, 1850, p. 139.

CONCLUSION.

—

DÉONTOLOGIE MÉDICALE (1).

Messieurs, — Après des études prolongées et une série d'examens ayant pour but de mettre votre science à l'épreuve, vous venez de recevoir le titre de Docteur en médecine, le plus haut grade académique que l'université puisse conférer. Les rapports immédiats entre vous et vos professeurs se terminent aujourd'hui, et toutes les entraves qu'imposent l'opinion publique et la législation à ceux dont l'instruction est insuffisante ont disparu pour vous. Vous allez consacrer désormais aux affaires pratiques de la vie l'énergie que vous avez jusqu'ici employée à acquérir des connaissances préparatoires indispensables. Enfin, Messieurs, vous avez pris aujourd'hui une haute position dans la société, et, sans cesser, j'aime à le croire, d'être hommes d'étude, vous devenez membres d'une profession libérale et éminemment honorable. Un tel événement fait époque dans la vie d'un homme; il est digne d'exciter un profond sentiment de retour sur soi-même et un vif intérêt chez tous ceux qui s'occupent du progrès d'une science qui a pour but de prolonger la vie et de soulager l'humanité. Il ne semblera donc pas hors de propos que, conformément aux usages établis, un membre de la faculté de médecine saisisse cette occasion de vous donner quelques conseils, de vous faire entrevoir l'importance de la profession dans laquelle vous entrez et de vous dire en peu de mots dans quel esprit vous devez l'exercer.

I. Le premier précepte que je me permettrai de vous donner, c'est de *vous bien pénétrer du sentiment de votre grande responsabilité*. Le médecin est l'arbitre terrestre de la vie et de la mort; il est le gardien de l'humanité dans les dangers de la naissance et dans les périls de l'enfance. Il est appelé à traiter les diverses maladies qui affligent le corps humain dans les circonstances si diverses de climat, d'âge, de sexe, de condition. Enfin, quand tous les moyens sont insuffisants pour prolonger la vie, il est de son devoir, dans la mesure du possible, d'alléger les douleurs et de dimi-

(1 Discours de promotion au doctorat en Médecine, 1 août 1849.

nuer les souffrances qui accompagnent la séparation de l'âme de sa demeure terrestre. Si donc nous considérons le médecin comme un protecteur bienfaisant aussi bien à l'entrée qu'au sortir de la vie, comme le premier et le dernier ami de l'humanité fragile, si en outre nous le voyons, dans la hiérarchie sociale, à la tête de toutes les institutions publiques ou privées consacrées au traitement des malades et des aliénés, comme conseiller des tribunaux dans l'administration de la justice, comme ordonnateur des conditions sanitaires des armées, des flottes, des nations même, — nous comprendrons jusqu'à quel point une si haute vocation fait appel à tous les sentiments du devoir et de l'honneur, excite à l'activité et au désir d'être utile, engage à cultiver les facultés et les ressources intellectuelles, à mener une vie d'intégrité et de bienfaisance et comporte, par dessus tout, le sentiment d'une immense responsabilité. Ce sentiment de responsabilité s'impose même au praticien le plus expérimenté et le plus capable, et il doit peser d'un poids énorme sur celui qui est nouvellement appelé à décider des questions solennelles de la vie et de la mort. — Un de vos semblables vient d'être victime d'un accident terrible, ou d'être saisi d'une maladie aiguë et on vous appelle à son secours. Il se peut que vous n'ayez pas à votre portée un confrère plus expérimenté pour vous éclairer de ses lumières, le danger est imminent, vous sentez qu'il faut agir sans retard et que votre intervention peut sauver ou perdre le malade. Votre âme est en proie à un sentiment de crainte et d'anxiété, d'autant plus que votre avenir dépend peut-être de l'issue du cas que vous avez devant vous. La circonstance que je suppose peut se présenter au début votre carrière, et vous comprendrez alors que votre seul vrai soutien, c'est la conscience que vous aurez d'être à même d'employer tous les moyens que l'état actuel de la science et de l'art ont reconnus comme convenables. Dans de pareils moments, vous acquerrez la conviction que le bien de vos malades et votre propre tranquillité morale sont intimement unis. Vous comprendrez l'avantage d'avoir étudié votre profession non seulement comme un moyen de lucre, mais par amour de son excellence intrinsèque; non pour la considération et le respect qui vous en reviendront, mais parce qu'elle vous donne le moyen de faire le bien et de soulager les souffrances; non pas comme un moyen de satisfaire la vanité en faisant étalage d'une haute science, mais en conservant ces sentiments d'humilité qui sont l'apanage naturel de la vraie sagesse.

Le but de la médecine est de conserver la santé, de prolonger l'existence, de guérir les maladies et partant d'augmenter le bien-être de la race humaine. Il est donc évident que le devoir de celui qui exerce cette profession est de mettre à profit toutes les occasions, tous les moyens propres à atteindre ce but, dans sa signification la plus entière et dans sa plus grande extention. C'est dans ce sens, Messieurs, que les études que vous venez de terminer ont été conduites, c'est vers ce but que vous devez tendre. Vous avez acquis des connaissances variées, ne se bor-

nant point aux seules règles de la profession, mais destinées encore à élargir, à élever l'esprit et à cultiver toutes les facultés de l'intelligence. Le moment est venu aussi de concentrer les connaissances diverses que vous avez amassées et de les appliquer au perfectionnement de la branche spéciale de la médecine à laquelle vous comptez vous attacher plus particulièrement. Telles, entre les sciences appelées accessoires, vers lesquelles vos goûts vous porteraient, pouvent encore être pour vous des sujets d'étude, mais il faut vous garder de vous y adonner d'une manière exclusive, au détriment de l'objet plus important de vos poursuites. Votre devoir, c'est de soulager les douleurs, de guérir les malades et non de chercher à vous distinguer comme chimiste, botaniste ou naturaliste. On ne s'attend pas non plus à ce que vous possédiez toutes les connaissances de vos professeurs chacun dans sa spécialité; mais on exige que vous ayez de tout acquis une somme de savoir et les notions pratiques indispensables pour assumer les graves devoirs du médecin, de façon à les remplir avec honneur pour vous et avec profit pour la société. Une telle somme de connaissance est à la portée d'un chacun, et s'il y avait quelque lacune dans vos études, c'est pour vous un devoir impérieux de la combler sans retard. Je n'ai pas besoin de vous rappeler que votre éducation n'est pas complète; on peut même dire, à certains égards, que vous n'avez fait que la commencer. Jusqu'à présent, vous vous êtes toujours appuyés sur autrui; il s'agit maintenant de marcher seuls, et pour cela il vous reste à perfectionner l'instruction acquise dans la vie universitaire de manière à être à la hauteur de vos devoirs de chaque jour. Il faut désormais abandonner les rêveries si chères aux étudiants et tourner vos pensées vers les austères réalités qui vont s'offrir à vous. Mettez à profit l'intervalle entre votre sortie de l'école et l'exercice de la profession, en disposant vos connaissances actuelles de manière à en tirer le meilleur parti possible et en saisissant toutes les occasions de perfectionner et d'étendre votre expérience sous le rapport du diagnostic et du traitement des maladies. De la sorte, vous arriverez à posséder les qualités nécessaires pour faire face à la sérieuse responsabilité qui va vous incomber, et vous atteindrez cette satisfaction intime et cette vraie honorabilité que peut seul donner l'exercice consciencieux et éclairé de notre noble profession.

II. Ces considérations m'amènent à vous parler, en second lieu, de l'*esprit de sincérité et de droiture que vous devez apporter dans l'exercice de l'art de guérir*. C'est un fait reconnu que le public, qui juge avec une certaine justesse du mérite de ceux qui exercent d'autres professions, est tout à fait inapte à formuler un jugement sur les capacités du médecin. La structure du corps humain, ses fonctions variées, les lois auxquelles il est soumis, les perturbations qui l'affectent : tout cela est complètement étranger à la plupart des hommes. Vos malades ne s'occuperont que des résultats auquels vous arriverez; ils sont tellement ignorants des moyens

à employer, ils savent si peu distinguer entre les opérations de la nature et celles de l'art qu'ils ne manquent guère, à l'occasion, de porter des jugements plus ou moins erronés. C'est pour cela que, de tout temps, on a vu des hommes sans principes exploiter à leur profit la crédulité publique; telle théorie spécieuse mais peu profonde, tel spécifique bruyamment recommandé, tel talent particulier, jusqu'à telle singularité de manières, ont été tour à tour mis en œuvre pour en imposer. Quant à vous, Messieurs, on s'attend à ce que vous soyez assez profondément instruits des faits et des principes de la médecine, pour être à même, le cas échéant, de confondre l'ignorance présomptueuse, de refuter les fausses doctrines et de flétrir les ruses malhonnêtes. Souvenez-vous pourtant que la médecine est une science progressive et que, si les sages et les savants ont déjà beaucoup fait pour elle, il reste bien davantage à accomplir. Sachez donc reconnaître ses imperfections là où elles existent réellement et préférez honnêtement un franc aveu d'ignorance, à une fausse prétention de savoir.

L'une des grandes difficultés qui se rencontreront sur votre chemin, c'est la variabilité, dans le cours des temps, des règles et des principes qui guident notre profession. Les arts de luxe, les changements physiques de notre globe, les difficultés d'éducation et de civilisation, modifient jusqu'à un certain point la constitution de l'homme et les maladies auxquelles il est sujet. Nous possédons la description de certaines maladies qui existaient autrefois et qui sont maintenant inconnues, tandis que d'autres sont d'origine tout-à-fait récente. Il est donc extrêmement important pour le médecin de suivre les progrès de son art et de ne point se figurer qu'à un moment donné, il sache tout ce qui est utile, ou qu'il ait atteint un tel degré de science qu'il ne lui reste plus rien à apprendre. D'autre part, au milieu des suggestions multiples, des théories innombrables et du chaos des affirmations contradictoires qui se produisent tous les jours, il importe qu'il sache rejeter ce qui est sans valeur et adopter tout ce qui est vraiment utile. Le plus sûr est de se méfier des théories plausibles mais mal prouvées, surtout si elles sont présentées non comme des hypothèses, ce qu'elles sont encore, mais comme des lois établies d'après lesquelles on devrait régler sa conduite au lit des malades. Il est pourtant permis de lâcher un peu la bride à l'imagination et de cultiver cette faculté de généralisation qui a donné à la science tant de brillants résultats; mais si cette tendance n'est renfermée dans de justes limites, rien n'est plus dangereux, surtout dans une matière où une erreur peut compromettre tant d'existences. Efforcez-vous donc de perfectionner vos ressources intellectuelles et vos facultés d'observation afin d'être à même d'éviter l'erreur, d'accepter la vérité et de fuir ces sentiers de la science, faciles en apparence mais trompeurs en réalité, où des gens intéressés cherchent à tendre des piéges aux imprudents.

Le désir d'exercer votre profession avec loyauté et sincérité vous amènera à requérir les lumières d'un confrère, pour les cas dont vous n'avez

pas fait l'objet d'études particulières ou pour lesquels un traitement spécial est nécessaire. Il est rare que deux hommes poussent leurs recherches absolument dans la même direction, et la médecine est une matière si vaste, si compliquée et qui exige une attention si soutenue, qu'il est pour ainsi dire impossible qu'une seule tête puisse en posséder toutes les parties. La vanité et la suffisance, il est vrai, ont amené certains individus à soutenir le contraire; mais qu'on me montre celui qui est en même temps bon médecin, habile chirurgien et parfait accoucheur. Sans doute on peut exercer toutes ces branches à la fois avec un certain succès, et peut-être êtes vous destinés à devoir le faire. S'il en est ainsi, on vous consultera inévitablement plus d'une fois dans des cas où vous aurez la conviction intime de ne pouvoir faire pour le malade tout ce que son état exige et il sera alors juste de vous rappeler que, si dans certaines connaissances vous êtes supérieurs aux autres, ceux-ci à leur tour en possèdent quelques unes à un plus haut degré que vous. Qu'un sentiment de fausse honte ou l'appât du gain ne vous empêchent pas de consulter vos confrères. Les services réciproques engendrent la bienveillance et il vaut toujours mieux renoncer à traiter un cas que vous ne comprenez pas, que de vous exposer, en l'entreprenant, à une série de désappointements ou d'humiliations. En exerçant donc votre profession en toute loyauté et sincérité, vous serez animés du noble désir de faire valoir ses droits à la confiance publique, plutôt que d'un sentiment d'intérêt personnel, et vous mépriserez la misérable vanité de ceux qui cherchent à annoncer tout ce qui est nouveau sans se soucier beaucoup de la vérité ni de l'erreur. Tout en conservant le droit de penser hardiment pour vous mêmes, vous n'oublierez point que l'observation est difficile, les théories imparfaites et l'expérience souvent fallacieuse. Vous n'aurez donc pas la témérité de substituer sans réflexion vos opinions personnelles à celles d'hommes dont le savoir est plus étendu, ni de vous livrer aux doctrines éphémères par lesquelles certains médecins, respectables d'ailleurs, ont perdu leur réputation professionnelle. N'oubliez pas que les conclusions de la jeunesse sont presque toujours modifiées par l'expérience de l'âge mûr, et que les hommes les plus sages et les plus éminents en fait de science ont donné les meilleures preuves de la force de leur jugement, par la promptitude qu'ils ont mise à reconnaître leurs erreurs.

III. Le troisième et dernier point sur lequel je désire appeler votre attention, c'est *la nécessité d'être profondément pénétrés du sentiment de vos devoirs et de votre responsabilité morale.* Aucune profession n'exige comme la nôtre que ses membres soient guidés par de vrais sentiments d'honneur. Le médecin pénètre dans l'intimité des familles; il y reçoit des confidences de telle nature que leur divulgation causerait les plus grands chagrins et plongerait parents et enfants dans les plus poignantes angoisses. Il entre dans ses attributions non seulement de porter remède aux dérangements corporels mais souvent aussi aux maladies mentales

et à l'irritabilité de ses patients; or, comment gouverner l'esprit des autres si l'on ne sait d'abord commander au sien? La prudence, la tempérance, la bonté de caractère et une grande délicatesse de sentiment sont donc indispensables à ceux qui approchent des malades. Vous vous trouverez aussi au milieu de scènes de douleur, vous aurez à soigner des maladies incurables et parfois répugnantes; pourtant, celui dont la sensibilité est émoussée et qui sait assister avec indifférence aux souffrances de son semblable aura rarement cette attention, cette sollicitude si nécessaires pour pénétrer le véritable état du patient. L'intérêt personnel est un mobile indigne du médecin, et en général notre profession est heureusement exempte de ce vice. J'ose espérer, Messieurs, que vous ne vous y laisserez jamais aller, et que vous éprouverez plutôt ces douces émotions résultant de la conscience d'avoir soulagé la souffrance sans songer au lucre et d'avoir exercé vos fonctions en ami et en bienfaiteur, avec cette urbanité et cette délicatesse de sentiment qui distinguent tout homme bien élevé et tout cœur noble. En relation avec toutes les classes de la société, vous devez vous attendre à y rencontrer parfois de l'ingratitude et a être en butte aux injustes accusatations de l'ignorance. Tous les hommes sont exposés à de semblables déconvenues, et, quoique en pareil cas je ne vous conseille pas de vous résigner en silence à une insulte, je vous recommande néanmoins la plus grande circonspection dans la manifestation de votre ressentiment. « D'injustes soupçons peuvent s'attacher à l'innocent; la stabilité de son caractère et l'intégrité de sa vie les effaceront. Les imprudences de la jeunesse peuvent être réparées par la circonspection de l'âge mûr; mais si par malheur vous veniez à perdre votre réputation en ce qui touche à la prudence et à l'honneur exigés de votre profession, quels que fussent d'ailleurs vos talents, vous auriez perdu sans retour toute influence et toute considération. »

Indépendamment des devoirs que vous avez à remplir envers la société en général, il en est d'autres non moins importants envers vous-mêmes. Il se présentera des circonstances où un regard, un mot, peut nuire gravement à la réputation d'un confrère qui, en réalité, ne le mérite point. La période de la maladie ou des conditions nouvelles peuvent vous permettre de faire ce que votre prédécesseur n'a pas eu occasion de réaliser. La délicatesse demande, en pareil cas, que vous expliquiez la cause de votre succès au malade ou à la famille, sans laisser supposer à personne que le premier médecin était dans l'erreur. Au reste, le praticien le plus savant et le plus expérimenté se trompe inévitablement quelquefois, et il faudrait vous garder d'aggraver les conséquences d'une erreur en y ajoutant le mécontentement du malade et de son entourage. Une telle conduite vous ferait éviter, et tôt ou tard vous éprouveriez que ni le succès ni la fortune ne peuvent compenser la perte de l'estime de soi-même et de la bonne opinion des hommes éclairés et honorables de la profession.

Messieurs, habituellement appelés, comme vous serez, au lit des malades et des mourants, vous aurez ample occasion d'apprécier, en face de

Digitized by Google

la réalité, l'insuffisance des considérations purement mondaines. Vous trouverez, je pense, et quoiqu'on ait pu dire le contraire, qu'il n'est pas de classe de la société dans laquelle le véritable esprit de religion soit plus généralement répandu que parmi les membres de la profession médicale. Il est bien vrai qu'ils se tiennent à l'écart des manifestations officieuses et publiques; mais c'est qu'ils ont appris à distinguer les vérités fondamentales et essentielles des croyances accessoires et d'un formalisme insignifiant. Je ne connais pas de vocation dont les membres soient plus activement engagés dans les œuvres de charité, aient plus d'abnégation, aient davantage le désir de faire aux autres ce qu'ils voudraient pour eux-mêmes, et qui sachent, à l'occasion, donner avec plus de cœur ces consolations qu'un christianisme pur ait seul la puissance de donner. Telle a toujours été la conduite des hommes les plus éminents et les plus distingués de notre profession et je fais des vœux pour que vous marchiez sans cesse sur leurs traces.

Et maintenant, Messieurs, mes collègues et moi nous vous faisons nos adieux, espérant que, quel que soit le rôle auquel vous serez appelés comme médecins, vous agirez en tout avec la conscience de votre immense responsabilité, que vous vous conduirez constamment avec loyauté et droiture, sans cesse guidés par un haut sentiment de devoir et d'abnégation morale. Permettez-nous d'espérer que vous considérerez toujours comme des amis les professeurs sous la direction desquels vous avez passé ces années d'étude, et que, dans quelque partie du monde que le sort vous mène, nous resterons unis par un lien de sympathie et d'estime mutuelles, lien qui pourra être allongé mais jamais rompu. Nous désirons que vous envisagiez la réputation de cette Université comme étant en quelque sorte identifiée avec la vôtre, et que, vous gardant de souiller jamais le grade qu'elle vous a conféré aujourd'hui, vous ajoutiez encore par votre noble conduite et par des efforts intelligents, un nouveau lustre à la réputation qu'elle a conquise parmi les institutions académiques de ce grand pays.

FIN.

517407

Digitized by Google

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LES DEUX VOLUMES.

Abcès (Pathologie des), I, 221; résolution, 229; dans le cerveau; observations, 481, 483; du foie, II, 45, 199; des reins I, 483, II, 199, 431, 434, 437.
Abdomen (Auscultation de l'), I, 87; inspection, 46; percussion, 69; vue d'ensemble des viscères de l', 42.
Acarus de la gale, description et traitement, II, 499.
Achorion de Schœnlein, historique et découverte, II, 508. Voir favus.
Acne, diagnostic, II, 488; traitement, 496.
Aconit, (Observation d'empoisonnement par l') II, 201; symptômes, 311; action sur le cœur, I, 430, 596.
Acide urique, I, 122.
Acides de la bile dans l'urine, I, 151.
Adénome, I, 370.
Adhérences entre les surfaces séreuses, I, 219.
Albumine, dans l'urine, I, 151; en solution, 317; membraneuse, 318; fibroïde, 319; cellulaire, 390; moléculaire, 321.
Albumineuse (Dégénérescence), I, 317; concrétions, 350.
Albuminurie persistante. Voir maladie de Bright, II, 444.
Alcalines (Lotions) dans les maladies de la peau, II, 493.
Aliments I, 408.
Alison (Hydrophone du Dr), I, 77; stéthoscope différentiel, 77; stétho-goniomètre, 58.
Amaurose partielle (Observation d'), I, 586.
Amblyopie diphthérique, II, 663.
Ammoniémie, II, 717.
Amygdalite, II, 1.
Amyloïde, concrétions, I, 360; dégénérescence, 322.
Anémie II, 570; observation, 570; pathologie, 571; cause d'urémie,
Anévrysme I, 282; observations: A. de l'aorte, II, 69, 177, 178, 179, 181, 183, 196, 199, 201; du tronc brachio-céphalique, 192; de l'artère mésentérique supérieure, 201; poplité, 196; A. variqueux de l'aorte, 188.
Angine de poitrine, II, 131.
Angioleucite, II, 221.
Anglonome, I, 282.
Anorexie chez les phthisiques, II, 378.
Antimoniaux, (Traitement de la pneumonie par les), II, 297.
Anxiété et découragement chez les phthisiques, II, 382.
Aphasie, I, 540.
Apoplexie, définition, I, 513; observations: A. cérébrale, 501, 505, 512, 518, 518, 519, 521, 526, 531; causes, 534; pathologie, 535; diagnostic, 537; traitement, 538. A. pulmonaire, II, 181, 660.
Apoplexies réitérées, I, 631.
Artères (Affections cérébrales résultant de l'obstruction des) I, 499; pathologie, 508; dégénérescence graisseuse des), 329, 346.
Artérite chronique, observation, II, 145.
Ascite (Examen microscopique des liquides de l'), I, 121.
Asphyxie, I, 528.
Asthme, observation, II, 246.
Ataxie locomotrice, I, 561.
Atélectasie, II, 244.
Athéromes artériels, observation, I, 501, 505, 531.
Atrophie de la face. (Cas remarquable d'), I, 207; du foie, observation, II, 50; du poumon, 431; des reins, 703; du ventricule gauche du cœur, 156.
Atrophie musculaire progressive, obs. I, 566.
Atrophie des papilles optiques, I, 624; observation, 625.
Attitude (Inspection de l'), I, 45.
Auscultation, I, 75.
Autopsies (Règles à observer dans les), I, 39.

Baïl Indian (Emploi du), dans la dysentérie, II, 83.
Bains, I, 417.
Bile dans l'urine (Recherche de la), I, 151.
Bilifulvine,
Bilipheïne, biliverdine, I, 339.
Boissons, I, 410.
Bronches (Injection dans les), contre les affections pulmonaires, II, 250.

Bronchite, obs., II, 239, 241, 243, 245, 248, 256, 290, 383, 426, 353.
Bronchophonie, I, 79.
Bruit de diable, II, 176.
Bruits cardiaques anormaux, II, 120.
Bruits respiratoires normaux et pathologiques, I, 79.

Caillot obturateur de l'artère basilaire, I, 499.
Calculs, biliaires, I, 352; prostatiques, 356; rénaux, 353; urinaires et vésicaux, 354; intestinaux, 359.
Calloslés, I, 275.
Cancer I, 276; colloïde, 300; encéphaloïde, 298; épithélial, 274; mélanique 299; des rameaux, 279; réticulé, 299; squirrhe, 297. Obs. Cancer du cerveau, 543; du corps thyroïde, II, 383; de l'estomac, II, 32, 34, 89, 218; de la corde spinale, I, 543; du foie, 572. II, 6, 56, 69, 89; des glandes lombaires, I, 572; des glandes mésentériques, 32; II, 89; de l'œsophage, I, 491; II, 6, 69, 218; des os, I, 543; des os du crâne, 577; du pancréas, II, 32, 53, 56; du péritoine, II, 89, 116; du poumon, I, 572; II, 81, 111, 383; des reins, I, 56; des vertèbres, I, 572.
Cornichoïne, I, 296. Voir cancer.
Cardiaques (Bruits anormaux), II, 120.
Carie tuberculeuse ou scrofuleuse des vertèbres, Obs. I, 568; II, 201.
Cartilages (Dégénérescence graisseuse des), I, 333, libres, 236.
Cautérisation du larynx d'après la méthode d'Horace Green, II, 227.
Cellules (Dégénérescence graisseuse des), I, 326.
Cellulaire (Théorie), I, 157; de Schirlden et de Schwann, 158; de Goodsir, 158; de Huxley, 159; de l'auteur, 160.
Céphalalgie (Traitement de la), I, 415; 596.
Cérébrite, I, 481; Obs. C. aiguë, 481, 483; chronique, 485; 491.
Cérébro-spinaux, (Classification des troubles fonctionnels), I, 589.
Cervelet, structure et fonctions, I, 192.
Chaud et froid, effets physiologiques, I, 415.
Chloroma, I, 341.
Chloro-anémie, Obs. II, 570.
Chlorures dans l'urine, I, 153; valeur diagnostique de l'absence des —, dans la pneumonie, II, 288.
Cholagogues (Les mercuriaux ne sont point des), I 676; II. 676.
Choléra, examen microscopique du sang dans le, I, 110.
Cholépyrrhine, I, 338.
Chorée, définition, I, 590.
Chromidrose, I, 342.
Cirrhose du foie, II, 63, 64, 81, 231; du poumon, 340.
Climat, I, 414.
Clinique (Manière de faire un cours de), I, 7.
Cœur graisseux, I, 491.
Collapsus du poumon, II, 159, 239, 243, 426.
Concrétions, I, 350; amyloïdes, 350, charbonneuses des poumons, pathologie et traitement, II, 389; Obs. 386, 388; C. fibreuses végétales, I, 358; graisseuses, 351; minérales, 352; pileuses, 357; pigmentaires, 352; prostatiques, 356; urinaires, 353.
Condylomes, I, 275.
Congélation, anesthésique véritable, I, 597
Congestifs (troubles) du système nerveux, I, 592.
Congestion précédant l'inflammation, I, 208; utilité de la saignée dans la congestion des cavités droites du cœur, I, 403.
Congestion du foie, II, 132; pulmonaire, 290.
Contractilité, I, 198.
Conséquences du progrès du diagnostic et de la pathologie, I, 379.
Cornes, I, 281.
Corps amyloïdes, I, 361; dans le cerveau, 487.
Cors, I, 273.
Coqueluche, II, 240.
Cow-pox, cultivé sur les genisses, II, 657.
Crachats, I, 112.
Cyanurine, I, 344.

Débilité dans la phthisie, II, 382.
Dégénérescence albumineuse, I, 317; cireuse, 321; dégénérescence cireuse du foie. Obs. II, 199, 344, 437, 456, 457, 460, 461, 463; dégénérescence cireuse de la rate, II, 266, 456, 457, 460, 461, 463; dégénérescence cireuse des reins, I, 301; II, 179, 199, 344, 437, 460, 461, 463.
Dégénérescence colloïde, I, 323.
Dégénérescence graisseuse, I, 325; des cellules, 326, des muscles, 327; des vaisseaux sanguins, 329; du placenta, 331 des cartilages, 333; des os, 333; des exsudats, 334; pathologie et traitement, 336.
Dégénérescence graisseuse du cœur, obs., II, 173, 108, 132, 716.
Dégénérescence graisseuse du foie, obs., II, 108, 718.
Dégénérescence graisseuse des muscles, II, 718.
Dégénérescence des reins, II, 466, 718.
Dégénérescence des valvules du cœur, II, 172.
Delirium tremens, obs., II, 598, 599, 600, 603.
Déontologie médicale, II, 725.
Dépôts fibrineux sur les valvules du cœur, II, 171.
Dermatophytes, II, 489, 504.
Dermatozoaires, II, 499.
Dermoïdes, tumeurs, I, 235.
Diabète, pathologie, II, 581. Obs. II, 579, 580, 585, 586, 588, 589, 590, 591, 592.
Diarrhée, obs., II, 76, 77, 410.
Diastaltique (Mouvement), I, 194, 198.
Diététique, I, 407.
Dilatation de l'aorte, II, 145, 154.
Diphthérie, obs., II, 659, 660; Paralysie diphthéritique, 663.
Duodenum (Ulcère perforant du), obs., II, 428.
Dysenterie, II, 79, 80, 81, 325, 703.
Dyspepsie, II, 10, 11, 12.

Éclampsie, définition, I, 596.
Ecthyma diagnostic, II, 488; traitement, 495.
Eczéma, diagnostic, 487; traitement, 493. Obs., II, 543.
Egophonie, I, 82.
Electricité (Emploi thérapeutique de l'), I, 419.
Embarras gastrique, II, 14.
Endoïte, I, 510.
Embolie dans le cerveau (Pathologie de l'), I, 509; dans le poumon, II, 332.
Emphysème, II, 246. Obs., 6, 243, 248, 266.
Empoisonnement par l'aconit, II, 211. Obs., 201, par l'acide sulfurique, II, 40; par le sublimé corrosif, 40, par l'acide oxalique, 39, — par la ciguë, I, 606. — Empoisonnement chronique mercuriel, II, 665, 667, 674, 663 — par l'opium, I, 605, 605, — par la strychnine, I, 603.
Empyème. Obs., II, 261, 266.
Emprosthothonos, I, 589.
Encéphaloïde (Cancer), I, 297.
Enchondrome, I. 289.
Endocardite. Obs., II, 124.
Entozoon folliculorum, II, 503.
Epaississement des valvules mitrales et tricuspides, obs., II, 431.
Epilepsie, I, 590.
Epithélioma, I, 274; de l'œsophage, Obs. II, 3, 4, 6.
Ephélides, II, 488.
Epulis, I, 294.
Eruptions cutanées et ulcères, I, 126.
Erysipèle, Obs. II, 648.
Erythème, II, 487.
Etranglement intestinal, obs., II, 395.
Examen du malade, I, 31.
Exanthèmes, II, 487.
Exostoses, I, 292.
Exsudats (Dégénérescence des), I, 334; transformation des, 219; mort des, 224.

Face (atrophie remarquable de la), I, 207.
Fèces, examen microscopique des, I, 117.
Favus, causes, II, 512; description, 509; historique, 508; mode de développement, 509; nature, 508; pathologie, 514; traitement, 522. Obs., II, 505, 506, 506, 507, 507.
Fibrome, I, 239.
Fièvres continues, diagnostic, II, 611; épidémie d'Edimbourg (1847-48), 614; étiologie, 617; pathologie, 617; causes, 624; traitement, 628; formes diverses, 595.
Fièvres éruptives, II, 638.
Fièvre récurrente, Obs., II, 599.
Fièvre rémittente infantile, Obs. II, 633.
Fièvre synoque, Obs., II, 598, 599, 622.
Fièvre typhoïde, Obs. 601, 603, 604, 618, 619, 622.
Fistule recto-vaginale, Obs., II, 437.
Foie musceale, Obs., II, 186.
Fonctions de nutrition, I, 169.
Fond de l'œil, aspect physiologique, I, 147.
Fondement de la médecine pratique (La physiologie et la pathologie sont le vrai), I, 443.
Fougère mâle (Action vermifuge de la), II, 102.
Friction (Bruit de), I, 81.
Fungus hématode, I, 299.

Gale, Obs., II, 499.
Gangrène humide, I, 224; sèche, 227.
Gangrène du poumon, Obs., II, 4, 45, 321, 323, 329.
Génito-urinaire (Maladies du système) II, 393.
Génération spontanée, I, 161.
Glandulaires (Productions), I, 270.
Glotte (Œdème aigu de la), II, 230.
Glycémie, II, 579, (Voir diabète).
Goutte, Obs., II, 666.
Granulations tuberculeuses de Bayle, I, 241.

Hématémèse, Obs., II, 69.
Hématine et Hématoïne, I, 337.
Hémorrhagie cérébrale, I, 512, 515, 516, 518, 519, 522, 526, 528, 531.
Hémorrhagie dans les méninges, I, 521, 526.
Hémorrhagie dans le corps strié, I, 516.
Hémorrhagie dans la couche optique, I, 526.
Hémorrhagie dans la protubérance annulaire. I. 526, 528.
Hémorrhagie pulmonaire, I, 328; II, 161, 660.
Hémoptysie dans la phthisie (traitement de l'), II, 380.
Hépatite, Obs., II, 41.
Hernie étranglée, Obs., II, 91.
Herpes, II, 487.
Huile de foie de morue, II, 364.
Hydatides du foie, Obs., II, 74.
Hydrocéphalie aiguë, Obs., I, 460, 461, 463; chronique, 547.
Hydropéricarde, Obs., II, 124.
Hydrophone du Dr Allison, I, 77.
Hydropiques (Examen microscopique des liquides), I, 121.
Hydropisie de l'ovaire, pathologie, II, 411; traitement, 417; Obs., 395, 405, 407, 410.
Hydrothorax, Obs. II, 116, 138, 139, 426.
Hygiéniques (Moyens), I, 411.
Hypertrophie, I, 247.
Hypertrophie du cœur, II, 172. Obs., I, 531; II, 181.
Hypertrophie du foie, Obs., II, 58, 60.
Hypertrophie du ventricule gauche du cœur, Obs., II, 146, 150, 151, 153, 154, 178, 179, 183.
Hypertrophie de la rate. Voir Leucocythémie.
Hypnotisme, I, 371.
Hystérie (Définition de l'), I, 500.

Ichorrhémie, Obs., II, 572.
Ichthyose, II, 273, 488.
Ictère, Obs., II, 42, 50, 50, 56, 64, 186, 683.
Idées prédominantes (Influence des), sur les fonctions du corps, I, 364.
Impétigo, II, 487.

Induration, I, 247.
Infection putride, Obs., II, 410.
Inflammation, phénomènes, etc., I, 208; sa marche naturelle, 399; sa nature n'a pas changé, 389.
Injection dans les bronches, contre certaines affections pulmonaires, II, 250.
Innervation normale et morbide, I, 185.
Inoculation de la tuberculose, I, 242.
Inome, I, 249.
Inspection du facies, I, 45; de l'attitude générale, 45; de la poitrine, 45; de l'abdomen, 46; du pharynx, 47; du larynx, 48; des fosses nasales postérieures, 51.
Insuffisance aortique, Obs., II, 125, 145, 146, 150, 153, 154, 159, 178, 179, 183, 343.
Insuffisance mitrale, Obs., II, 136, 148, 150, 151, 154, 162, 179.
Insuffisance avec rétrécissement aortique, Obs., II, 151.
Iritis rhumatismale, II, 694.
Irritation spinale, définition, I, 589, Obs., I, 586.

Jaunisse (voir Ictère).

Kamala, (action vermifuge du) II, 103.
Kéloïdes syphilitiques, Obs., II, 667.
Kyste apoplectique du corps strié, Obs., I, 499.
Kyste simple, composé, I, 262; de l'ovaire, II, 411; pileux, I, 266, 287.
Kystes des reins, II, 442, Obs., II, 32, 440.

Lait (Examen microscopique du) I, 106.
Laryngite aiguë, Obs., II, 225, 231, 235; chronique, II, 225, 230, 234.
Laryngite striduleuse, II, 240.
Laryngoscopie, I, 48.
Lentigo définition, II, 488; traitement, 497.
Lèpre tuberculeuse, II, 488.
Leucine, I, 126, 152.
Leucocythémie (Découverte de la) II, 359, Obs., II, 53, 64, 81, 108, 199, 383, 460, 463, 530, 536, 541, 543.
Lichen définition, II, 488; traitement, 496.
Lipôme, I, 258.
Lumière, (Influence de la lumière sur l'organisme) I, 418.
Lupus, définition, II, 488; traitement, 497.
Lymphe plastique (Formation et structure de la) I, 219.
Lymphatiques (Inflammation des) Obs., II, 221.

Macules, définition, II, 488; traitement, 497.
Magnétisme animal, I, 367.
Malade (Examen du) I, 31; règles à observer au lit du, I, 34.
Maladie (Marche naturelle de la), I, 377.
Maladie de Bright, forme inflammatoire, II, 469; cireuse, 470; graisseuse, 471; Obs., I, 315; II, 139, 444, 446, 447, 449, 452, 453, 454, 456, 457, 460, 461, 464, 466, 703, 706.
Maladie d'Addison (des capsules surrénales) Obs., II, 223.
Matière médicale, I, 422.
Médecine (La coopération scientifique peut seule assurer le progrès en), I, 27; état actuel de la science et de la science de la —, I, 14, et de l'art de la —, 23; rapport de la science avec l'art de la —, 2.
Médicaments, leur action sur les éléments ultimes des tissus, I, 428; action sur le système circulatoire, 432; sur le système digestif, 434; sur le système génito-urinaire, 438; sur le système nerveux, 429; sur le système respiratoire, 431; sur le système tégumentaire, 439; théorie générale de l'action des médicaments, I, 440.
Méningite, I, 343.
Mélanome, I, 331.
Méningite cérébrale aiguë, Obs., I, 469, II, 177.

Méningite de la base du cerveau, Obs., I, 463, 471, 472, 522.
Méningite chronique, Obs., I, 477, 478, 488.
Méningite spinale, Obs., I, 551.
Mercuriel (Empoisonnement), II, 674.
Mercuriaux (Les mercuriaux ne sont point des cholagogues), I, 678, II, 674.
Mésentérique (Anévrysme de l'artère) Obs., II, 201 ; cancer des glandes —, I, 32 ; II, 89.
Mesmérisme, I, 373.
Métallique (Tintement), I, 82.
Micromètre, I, 98.
Microscope, description, I, 91 ; emploi, 89 ; mensuration et démonstration, 98 ; manière d'observer, 101.
Microsporon furfur de Eichstadt, II, 526.
Minérale (Dégénérescence), I, 346 ; nécessité des matières minérales pour la nutrition, I, 170.
Moléculaire (Théorie), I, 160.
Moles, définition, II, 488.
Molluscum, II, 488.
Mono-idéisme, I, 372.
Moral (Influence du — sur le physique), I, 364.
Mouvement diastaltique, I, 194, 198 ; contractile, 198 ; volontaire, 198.
Mucus, I, 120.
Muscles (Dégénérescence graisseuse des) I, 327.
Myélite aiguë, Obs., I, 552 ; chronique, 558, 568.
Myéloïde (Tumeur), I, 293.
Myocardite, I, 174.

Nævi maternel, diagnostic, II, 488 ; traitement, 497.
Narines postérieures (Inspection des), I, 51.
Néphrite, Obs., II, 421, 423, 426, 428, 431.
Néphrite calculeuse, II, 437.
Néphrite desquamative, II, 706, 712.
Néphrite scrofuleuse, II, 346, 434.
Néphro-pyélite, II, 419.
Nerveux (Examen du système), I, 33 ; anatomie et physiologie du système —, I, 186 ; Maladies du système —, I, 450.
Névralgie définition, I, 590.
Névrite optique, I, 621.
Névrome, I, 257.
Noli me tangere, I, 279.
Noma, I, 226.
Nutritions (Fonctions de), I, 169 ; lois générales de la —, 168 ; maladies de la —, II, 164.
Nutrition complémentaire, I, 392.

Obésité, Obs. II, 722.
Obstruction des artères (Affections cérébrales résultant de l'), I, 499.
Obstruction de l'artère cérébrale moyenne, Obs., I, 505.
Obstruction d'une artère pulmonaire, II, 332.
» des bronches (Effets de l'), II, 244.
» des intestins, Obs., II, 69.
Œdème de la glotte, Obs., II, 230.
» des poumons, Obs., II, 423, 426, 428, 431, 444.
Œdème de la papille optique, I, 620.
Œsophage (Epithelioma et rétrécissement de l'), II, 4 ; cancer, I, 491 ; II, 6, 69, 218.
Ophthalmoscope (De l'emploi de l'), I, 140.
Ophthalmorrhagiques (Symptômes) dans les affections cérébrales, I, 615.
Opisthotonus, I, 589.
Orgasme (Position naturelle des), I, 42.
Organisation (Théorie moléculaire et théorie cellulaire de l'), I, 157.
Os (Dégénérescence graisseuse des), I, 333.
Ostéome, I, 291.
Ostéome cystique du fémur et du tibia, I, 268.
Ostéo-sarcome, I, 253.
Otorrhée, Obs., I, 551.
Oxalate de chaux, I, 124.
Oxalurie, Obs., II, 11.

Palpation, I, 53.
Palpitations de cœur, II, 176.

Pancréas (Cancer du), Obs. II, 32, 53, 56 ; fonctions, II, 58.
Papille optique (Anémie de la) I, 619 ; atrophie, 624 ; hypérémie, 616 ; inflammation, 621.
Papilloma, I, 276.
Papules, II, 488, 496.
Paracentèse de l'abdomen, II, 395 ; de la tête, Obs., I, 547 ; du thorax, II, 271.
Paralysie, définition I, 451, Obs., 514, 515. Voir apoplexie cérébrale.
Paralysie agitante, I, 583.
Paralysie du nerf facial, Obs I, 540.
Paraplégie, I, 556, Obs., 556, 557, 558, 568, 572.
Parasites animaux et végétaux, II, 489, 499, 505.
Pectoriloquie, I, 79.
Pemphigus, II, 487 ; traitement, 495.
Percussion, I, 59 ; (Mariran à), 60 ; sensation de résistance à la —, 61 ; sons produits par la —, 60 ; règles à suivre, 62 ; percussion des poumons, 64 ; — du cœur, 67 ; — du foie, 69 ; — de la rate, 71 ; — de l'estomac et des intestins, 71 ; — des reins, 73 ; — de la vessie, 74.
Perforation des intestins, Obs. II, 91, 428 ; — de l'estomac, II, 33.
Péricardite, Obs II, 122, 124, 125 ; — chronique, 181, 183, 196, 264, 266.
Péritonite, Obs., II, 104, 105, 108, 111, 116, 243 ; — chronique, 481.
Pharyngite chronique, II, 230, 234 ; folliculeuse, II, 2.
Pharynx (Inspection du), I, 47.
Phlébite, Obs., II, 395 ; — de la veine iliaque gauche, II, 218.
Phlébolithes, I, 256, 352.
Phosphate ammoniaco-magnésien, I, 123.
Phosphore dans les maladies spinales, I, 559.
Phthisie noire, I, 341. (Voir concrétions charbonneuses des poumons).
Phthisie pulmonaire, I, 360 ; II, 348 ; — pathologie, 357 ; — tendances à l'ulcération, modes d'arrêt, II, 348 ; traitement général, 360 ; — traitement spécial, 377 ; — Obs. I, 463, 471, 522, II, 116, 129, 165, 266, 333, 337, 340, 344, 354, 457, 465, 580, 586.
Physique (Influence du moral sur le), I, 364.
Pigment brun, I, 339 ; — jaune, 338 ; — noir, 341 ; — rouge, 337 ; — vert, 340.
Pigmentaire (Dégénérescence), I, 337.
Pityriasis, II, 488 ; — traitement, 497 ; — parasitaire, Obs., II, 525 ; — versicolor, Obs. II, 526.
Placenta (Dégénérescence du), I, 331.
Plessimètre, I, 59.
Pleurésie (Pathologie et traitement de la), II, 258 ; — Obs. II, 105 ; 108, 201, 277, 276, 706 ; — aiguë, 253, 254, 264, 256 ; — chronique, 256, 261, 275, 275.
Pleuro-pneumonie, I, 469.
Pleurosthotonos, I, 590.
Pneumonie (Pathologie de la), II, 291 ; — traitement, 294 ; tableau des pneumonies traitées par l'auteur à l'infirmerie Royale d'Edimbourg, II, 304 ; — valeur diagnostique de l'absence des chlorures dans les urines des pneumoniques, II, 288, Obs , I, 499, 515, 516, 516, 577, II, 6, 23, 105, 123, 146, 153, 177 ; — aiguë, 277, 278, 281, 282, 283, 286 ; — Chronique, II, 321, 323, 428 ; — intercurrente, 706, 708.
Pneumothorax, Obs , II, 45, 264.
Polydipsie et Polyurie, Obs., II, 457, 460, 461, 463, 701, 702.
Polype, I, 254 ; — du nez, 256.
Polype mou du cœur, Obs., II, 163.
Polysarcie, II, 722.
Porrigo, II, 490 ; — decalvans, 492 ; favosa, 491 ; — furfurans, 491 ; — larvalis, 491 ; — scutulata, 491 ; — lupinosa, 492.
Pouillé (Bruit de), I, 67.
Pouls, I, 32 ; les caractères du pouls indiquent-ils la saignée ? I, 397.
Principes de médecine, I, 155.
Prurigo, II, 488 ; traitement, 496.
Psoriasis, II, 488 ; — traitement, 496 ; — syphilitique, Obs , II, 667.

Purgatifs (Emploi des), dans les affections intestinales, II, 78.
Purpura, II, 489.
Pus, I, 111.
Pustules, II, 487 ; traitement, 493.
Pyélite, Obs. II, 440.
Pyrosis, II, 18.
Pyohémie, Obs., II, 572.

Quinee du Bengale, II, 83.
Quinine, (Action thérapeutique dans les fièvres continues), II, 631, dans la fièvre intermittente, II, 635 ; dans la fièvre hectique, II, 382.

Râles secs, humides, etc., I, 61.
Ramollissements cérébraux et spinaux, I, 452 ; — inflammatoire, 452 ; — hémorrhagique, 453 ; — graisseux véritable, 454 ; — séreux, 455 ; — mécanique, 455 ; — par putréfaction. — Nécessité de l'emploi du microscope, pour reconnaître les diverses formes des ramollissements 457.
Ramollissement cérébral, Obs., I, 488, 501, 505, 528.
Ramollissement de la corde spinale, I, 572 ; II, 201.
Ramollissement du corps strié, I, 528.
Ramollissement de la protubérance annulaire. I, 499.
Réactifs chimiques, (Emploi des), I, 150.
Repos (Influence thérapeutique du), I, 412.
Rétinite albuminurique, II, 446 ; hémorrhagique, I, 621.
Résolution, I, 229.
Résonnance vocale, I, 82.
Rétrécissement auriculaire, Obs. III, 64 ; — de l'orifice mitral, I, 528 ; II, 156, 159, 161 ; — de l'orifice tricuspide, II, 159, 161.
Rhinoscopie, I, 51.
Rhumatisme et goutte (Pathologie et traitement général, II, 685 ; traitement par le nitrate de potasse, II, 687 ; traitement par le suc de citron 691 ; Rhumatisme articulaire, Obs., II, 125, 150, 264, 681, 687, 689, 690, 691, 691, 692, 692, 693, 694 ; Rhumatisme diaphragmatique, II, 693.
Roséole, II, 487 ; traitement, 493.
Rougeole, II, 630.
Rupia, II, 488 ; traitement, 496. Obs. II, 221 ; rupia syphilitique, 667.
Rupture des valvules du cœur, 168. Rupture des valvules aortiques, II, 144.

Saignée (Erreurs des anciens au sujet de la), I, 391. Diminution de l'emploi des saignées dans le traitement des inflammations aiguës, I, 386. L'expérience des anciens au sujet des saignées est sujette à caution, 386.
Saignée utile à titre de palliatif, I, 403. Saignée utile dans l'urémie, II, 711.
Salive (Caractères microscopiques de la), I, 104.
Salivation mercurielle. Obs., II, 674, 684.
Sang (Caractères microscopiques du), I, 108 ; — Destination des globules, II, 536. Origine des globules du sang. II, 549. Relation entre les globules incolores et les globules colorés du sang, II, 547, — sang dans la leucocythémie, II, 545.
Sanguification, I 173.
Sarcines de l'estomac, Obs., II, 18, 20.
Sarcome, I, 252 ; — cystique, 269.
Scarlatine, Obs., II, 639, 639, 642, 643, 644, 645, 649.
Scorbut, Obs., II, 698, 698. Pathologie et traitement, II, 699.
Sécrétions morbides de l'utérus et du vagin (Étude microscopique des), I, 119.
Seigle ergoté dans les maladies spinales, I, 560.
Sensation, définition, I, 189, 199.
Sensibilité, définition, I, 189, 199. — au palper, I, 53.
Signes physiques des affections du système respiratoire, I, 223.
Socrate (Empoisonné par la ciguë), I, 606.
Solanoma, I, 288.
Sphygmographe (Emploi du), I, 129.
Spiromètre du Dr Hutchinson, I, 58.
Squirrhe, I, 296.
Squames, diagnostic, II, 488 ; traitement, 496.
Stéatome, I, 260.
Stétho-goniomètre du Dr Allson, I, 58.
Stéthomètre du Dr Quain, I, 55 — de Sibson, I, 56.
Stéthoscope, I, 76, — de Cauman, 76, — différentiel d'Allson, 77.
Strumoine (Action de la), I, 596.
Strychnine (Empoisonnement par la), Obs. I, 603.
Sueurs chez les phthisiques (Moyens à opposer aux), II, 380.
Symptômes (Arrangement des), I, 32 ; — ophthalmoscopiques dans les maladies des centres nerveux, I, 615.
Syphilis (Comparaison du traitement simple avec le traitement mercuriel de la —, II, 671, Obs., 460, 665, 666, 667, 664.

Température du corps comparée dans le typhus et dans la fièvre typhoïde, I, 139.
Ténia, I, 95, Obs., 100, 101, 103.
Tétanos, I, 589.
Thermomètre (Emploi du), I, 136.
Thoracentèse, II, 271.
Thrombose, I, 511.
Tissus de formation pathologique, I, 246 ; pathologie générale, I, 301 ; — traitement général, I, 313.
Tophus articulaires, Obs., II, 696.
Traitement (Coup d'œil sur les moyens actuels de), I, 407 ; — des anévrysmes par la méthode de Valsalva, II, 209.
Trismus, I, 589.
Troubles fonctionnels du système nerveux, I, 586 ; classification, 587 ; pathologie, 591 ; traitement, 596.
Tuberculose, I, 236.
Tubercules cérébraux, Obs., I, 477 ; — de l'intestin, II, 434 ; — pulmonaires, I, 477, 481, 483, 516, 568 ; II, 6, 108, 196, 333, 434, 456, (voir Phthisie). — des reins, Obs., II, 266.
Tumeurs (Classification des), 246, (Voir tissus de formation pathologique).
Tumeur de la base du crâne, I, 494 ; — érectile, I, 284.
Types morbides (Erreur de la théorie du changement de), I, 382.
Typhoïde (Fièvre), II, 597 ; traitement par la quinine, II, 601, (voir Fièvres).
Typhus fever, II, 597 ; — traitement par la quinine, 605 ; — sans quinine, 609. Obs., 605, 606, 607, 608, 608, 609, 609, 609, 610, 611, 615.
Tyrosine, I, 126.

Ulcération, I, 228.
Ulcérations intestinales, Obs., II, 466 ; — de la vessie, II, 431, 440.
Ulcérations tuberculeuses des intestins, Obs., II, 344.
Ulcère chronique de l'estomac, Obs., II, 21, 22, 23, 28, 199.
Urate d'ammoniaque, I, 123.
Urémie (Altérations rénales dans l'), II, 714 ; pathologie, 716 ; Obs., II, 447, 703, 706, 708, 712.
Urinaires (Concrétions), I, 338.
Urine (Examen microscopique de l'), I, 122 ; — pesanteur spécifique, I, 151.
Urique (Acide), I, 122.
Uroxanthine, I, 344.
Urticaire, I, 487.
Utérus (Dégénérescence graisseuse de l'utérus à la suite de l'accouchement), I, 329.

Vaccin animal, II, 657.
Vaccinal (Scarificateur de Weir), II, 654.
Vaccination, II, 654.
Valsalva (Traitement des anévrysmes par la méthode de), II, 209.
Vasculaires (Productions), I, 282.
Vaisseaux (Auscultation des gros), I, 87.
Vaisseaux sanguins (Dégénérescence des) I, 320.
Valvules du cœur (Maladies des), II, 143.
Varices, I, 284.
Varicocèle, I. 285.
Variole, Obs., II, 649, 649, 650, 653, 660, (Traitement rétrotique de la), 650, (Identité de la varioloïde et de la), 655.
Vasculaires (Productions), I, 282.
Ventilation, I, 415.
Vermifuges (Remèdes), voir vers intestinaux.
Verrues acrocordon, I, 127, 277.
Verrue, I. 275.
Vers intestinaux, II, 95, Obs. 100, 101.
Vésicaux (Calculs), I, 334.
Vésicules, II, 487 ; traitement, 493
Vêtement, I, 417.
Villosités (Formation de villosités dans la péricardite), I, 231.
Viscères (Déplacement remarquable des), I, 43.
Vocale (Résonnance), I, 79.
Volontaires (Mouvements), I, 194.
Vomies (Examen microscopique des matières), I, 115.
Vomissements des phthisiques (Moyens à opposer aux), II, 379.

Woorara ou curare (Effets du), I, 595.
Weir (Scarificateur vaccinal de), II, 654.
Winterich (Marteau à percussion de), I, 60.

Zymose (Définition du terme), II, 638.

FIN DE LA TABLE ALPHABÉTIQUE.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE DEUXIÈME VOLUME.

SECTION V.

MALADIES DU SYSTÈME DIGESTIF.

	Pages.
MALADIES DE LA BOUCHE, DU PHARYNX ET DE L'ŒSOPHAGE.	1
Amygdalite. — Obs. LVI	1
Pharyngite folliculeuse. — Obs. LVII	2
Epithélioma de l'œsophage. — Obs. LVIII à LX	3
TROUBLES FONCTIONNELS DE L'ESTOMAC	10
Dyspepsie. — Obs. LXI à LXIII	10
Pathologie générale et traitement de la dyspepsie	13
Sarcines de l'estomac. — Obs. LXIV et LXV	18
MALADIES ORGANIQUES DE L'ESTOMAC	21
Ulcère chronique de l'estomac. — Obs. LXVI et LXVII	21
Ulcère de l'estomac avec perforation. — Obs. LXVIII et LXIX	23
Pathologie et traitement	30
Cancer de l'estomac. — Obs. LXX et LXXI	32
Pathologie	35
Empoisonnement par l'acide oxalique. — Obs. LXXII	39
l'acide sulfurique — Obs. LXXIII	40
le sublimé corrosif. — Obs. LXXIV	40
MALADIES DU FOIE	41
Congestion aiguë du foie, hépatite. — Obs. LXXV	41
Ictère aigu LXXVI	42
Abcès du foie LXXVII	45
Ictère LXXVIII à LXXX	50

Pages.
Hypertrophie du foie. — Obs. LXXXI 58
Hypertrophie graisseuse du foie. — Obs. LXXXII 60
Cirrhose du foie. — Obs. LXXXIII et LXXXIV. 63
Cancer du foie. — Obs. LXXXV 69
Hydatides du foie. — Obs. LXXXVI 74
MALADIES DES INTESTINS. 76
Diarrhée. — Obs. LXXXVII et LXXXVIII. 76
Constipation. 78
Dyssenterie aiguë. — Obs. LXXXIX et XC. 79
Dyssenterie chronique — Obs. XCI 81
Pathologie et traitement de la diarrhée et de la dyssenterie 84
Obstruction des intestins — Obs. XCII 89
Hernie étranglée. — Obs. XCIII 91
VERS INTESTINAUX. — Obs. XCIV à XCVII. 95
PÉRITONITE. — Obs. XCVIII à CII 104

SECTION VI.

MALADIES DU SYSTÈME CIRCULATOIRE. 120

PÉRICARDITE. — Obs. CIII à CVIII 123
Pathologie et traitement. 137
AFFECTIONS VALVULAIRES DU CŒUR. — Obs CIX à CXXI. 143
Persistance et agrandissement du trou de Botal. — Obs. CXXII 165
Pathologie des affections valvulaires et organiques du cœur 167
Traitement » » 174
TROUBLES FONCTIONNELS DU CŒUR. 176
ANÉVRYSME. — Obs. CXXIII à CXXXII 177
Diagnostic général des anévrysmes thoraciques 214
Diagnostic des anévrysmes abdominaux 217
Pathologie et traitement des anévrysmes. 218
MALADIES DES VEINES ET DES LYMPHATIQUES. 218
Phlébite de la veine iliaque gauche. — Obs. CXXXIII 218
Angioleucite. — Obs. CXXXIV. 224

SECTION VII.

MALADIES DU SYSTÈME RESPIRATOIRE. 223

LARYNGITE. — Obs. CXXXV 225
Traitement local. 227
Diagnostic de la laryngite 235
Coqueluche. — Obs. CXL 239
BRONCHITE. — Obs. CXLIV. 241
Des injections pratiquées dans les bronches, dans les affections pulmonaires. 250
PLEURÉSIE. — Obs CXLV à CLII. 253
Pathologie, diagnostic et traitement de la pleurésie. 258
Empyème. — Obs. CXLVIII 266
Thoracentèse. 271

Pages.
Pneumonie. — Obs. CLIII à CLXIII. 277
Valeur diagnostique de l'absence des chlorures dans l'urine, dans la pneumonie. 288
Pathologie de la pneumonie aiguë. 291
Traitement de la pneumonie aiguë. 294
Tableau synoptique comprenant 129 observations de pneumonie. 304
Pneumonie chronique et gangrène du poumon. — Obs. CLX à CLXIII . . 321
Phthisie pulmonaire. — Obs. CLXIV à CLXIX 333
Marche naturelle de la phthisie pulmonaire. Tendance à l'ulcération; modes d'arrêt. 348
Pathologie de la phthisie pulmonaire. 357
Traitement général de la phthisie pulmonaire 360
Traitement spécial de la phthisie pulmonaire. 377
Cancer du poumon. — Obs. CLXIX. 383
Concrétions charbonneuses des poumons. — Obs. CLXX 386
Pathologie et traitement 389

SECTION VIII.

MALADIES DU SYSTÈME GENITO-URINAIRE. 395

Hydropisie de l'ovaire. — Obs. CLXXII à CLXXV 395
Pathologie de l'hydropisie de l'ovaire. 411
Traitement de l'hydropisie de l'ovaire 417
Néphrite et pyélite. — Obs. CLXXVI, CLXVII et CLXXXIV. 419
Néphrite desquamative. — Obs. CLXXVIII à CLXXX. 423
suppurative. — Obs. CLXXI à CLXXXIII 431
scrofuleuse. — Obs. CLXXXII 434
calculeuse. — Obs. CLXXXIII 437
Pyélite chronique. — Obs. CLXXXIV 440
Kystes des reins. 442
Albuminurie persistante ou maladie de Bright. — Obs. CLXXXV à CXCVII. . . 444
Albuminurie avec hypersécrétion d'urine et dégénérescence cireuse des reins. — Obs. CXCIII et CXCVI. 457
Pathologie de la maladie de Bright 468
Diagnostic de la maladie de Bright. 473
Névrite et névro-rétinite albuminurique. 476
Traitement de la maladie de Bright 478

SECTION IX.

MALADIES DU SYSTÈME TÉGUMENTAIRE 481

Classification 482
Diagnostic des maladies de la peau 486
Traitement des maladies de la peau 492

Pages.
DERMATOZOAIRES 499
Acarus de la gale 499
Entozoon folliculorum. 503
DERMATOPHYTES. 504
Favus — Obs CXCVIII à CCII 505
Historique du favus Sa nature végétale 508
Mode de développement et description du favus. 509
Causes du favus. 512
Pathologie du favus. 514
PITYRIASIS PARASITAIRE. — Obs. CCIII. 525
Pityriasis versicolor. — Obs. CCIV 526

SECTION X.

MALADIES DU SANG 528

LEUCOCYTHÉMIE. — Obs. CCV à CCVII 528
Pathologie et traitement. 544
Découverte de la leucocythémie 559
CHLOROSE ET ANÉMIE. — Obs. CCIX 570
ICHORHÉMIE OU PYOHÉMIE — Obs. CCX 572
Pathologie 575
CLTCOHÉMIE. — Obs. CCXI à CCXIX. 579
Pathologie et traitement 581
FIÈVRE CONTINUE. 594
Synoque. — Obs. CCXX à CCXXIII 598
Récurrente. — Obs. CCXXIV 599
Typhoïde traité par la quinine. — Obs. CCXXV à CCXXVII 601
Typhus traité par la quinine. — Obs. CCXXVIII à CCXXXII. 605
sans quinine. — Obs. CCXXXIII à CCXXXVIII 609
Diagnostic des fièvres continues 611
Anatomie pathologique de la fièvre épidémique d'Edimbourg, en 1847-48 . 614
Pathologie et étiologie de la fièvre continue. 617
Tableau des cas de fièvre typhoïde et de typhus, observés en 1862-63 . . 622
Causes et propagation des fièvres continues. 624
Traitement 628
FIÈVRE RÉMITENTE INFANTILE. — Obs. CCLVII 633
FIÈVRE INTERMITTENTE. — Obs. CCLVIII. 635
Pathologie et traitement 636
FIÈVRES ÉRUPTIVES 638
Scarlatine. — Obs. CCLIX à CCLXVII 639
Erysipèle. — Obs. CCLXVIII et CCLXIX. 648
Variole. — CCLXX à CCLXXII. 649
Traitement ectrotique de la variole 650
DIPHTHÉRIE. — Obs. CCLXXIII et CCLXXIV. 659
Paralysie diphthéritique 663
SYPHILIS ET EMPOISONNEMENT MERCURIEL. — Obs. CCLXXV à CCLXXX . . . 665
Traitement simple et traitement mercuriel de la syphilis 671
Les mercuriaux ne sont point des cholagogues. 678

Pages.
RHUMATISME ET GOUTTE 685
Pathologie et traitement 685
Traitement du rhumatisme aigu par le nitrate de potasse. — Obs. CCLXXXI à CCLXXXIV 687
Traitement du rhumatisme par le suc de citron. — Obs. CCLXXXV à CCXC. 691
Goutte chronique avec dépôts de tophacés. — Obs. CCXCI. 696
SCORBUT. — Obs. CCXCII à CCXCIII 698
Pathologie et traitement 699
POLYDIPSIE. — Obs. CCXCIV et CCXCV 701
URÉMIE. — Obs. CCXCVI à CCXCIX 703
Altérations des reins tendant à produire l'urémie 714
Pathologie de l'urémie. 716
POLYSARCIE. — Obs CCC 718
CONCLUSION 725
TABLE ALPHABÉTIQUE des matières contenues dans les deux volumes 733

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

Digitized by Google

Digitized by Google

A LA MÊME LIBRAIRIE

PUBLICATIONS ICONOGRAPHIQUES.

Anatomie descriptive du corps humain (LOCOMOTION, CIRCULATION, DIGESTION, RESPIRATION, APPAREIL GÉNITO-URINAIRE), par MM. BONNET, BROCA et BEAU. 258 planches in-8° jésus, texte explicatif en regard (SYSTÈME NERVEUX, ORGANES DES SENS), par MM. LUDOVIC HIRSCHFELD et LAVERGNE. 92 planches in-8° jésus, avec texte explicatif en regard. Ensemble, 5 vol. d'atlas.

Planches noires, 190 francs ; en couleur, 370 francs.

Anatomie topographique avec les applications à la pathologie et à la Médecine opératoire, 2 volumes d'atlas grand in-8° jésus, par MM. PAULET et SARRAZIN, comprenant 164 planches dessinées d'après nature, tirées en couleur sur papier teinté, et accompagnées chacune d'un texte explicatif — et un fort volume grand in-8 publié en deux parties, formant un Traité complet d'anatomie topographique, par M. PAULET.

PRIX : 176 francs. — Relié : 192 francs.

Atlas de l'art des accouchements, par MM. LENOIR, MARC SEE et TARNIER. 1 fort volume grand in-8° jésus, de 105 planches, avec texte explicatif en regard de chaque planche. 1/2 reliure maroquin.

PRIX avec planches noires : 60 francs. — Coloriées : 110 francs.

Atlas d'anatomie pathologique, par MM. le docteur LANCEREAUX et LACKERBAUER. 60 planches grand in-8 jésus tirées en couleur avec texte explicatif en regard, et 1 volume de texte même format, renfermant 350 pages, par M. le docteur LANCEREAUX.

PRIX : 80 francs. — Relié : 90 francs.

Iconographie des maladies vénériennes, par M. A. CULLERIER. Atlas de 74 planches grand in-8 jésus tirées sur chine et coloriées avec texte explicatif en regard ; relié maroquin vert.

PRIX : 80 francs.

Atlas d'ophthalmoscopie et d'optométrie, par M. MAURICE PERRIN, professeur au Val-de-Grâce. 24 planches en couleur grand in-8 jésus, comprenant 124 figures dessinées d'après nature, avec texte explicatif en regard et 17 tableaux d'échelle typographique. L'ouvrage est en outre accompagné d'un volume de texte in-8.

PRIX : 35 francs.